Correctional Service Canada
Service correctionnel Canada

RESEARCH BRANCH - CORPORATE DEVELOPMENT
DIRECTION DE LA RECHERCHE - DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

Canada

Rapport de recherche

Examen des besoins des délinquants : Le domaine de la toxicomanie

Ce rapport est également disponible en anglais. Veuillez vous adresser à la direction de la recherche, Service Correctionnel du Canada, 340 avenue Laurier ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9. Should additional copies be required they can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave., West, Ottawa, Ontario, K1A 0P9.

1998 N° R-75

Examen des besoins des délinquants : Le domaine de la toxicomanie

par:

Fred J. Boland, Katherine Henderson et Jan Baker

Queen's University

décembre 1998

103-00875/

SOMMAIRE

Les deux tiers des délinquants environ ont un problème d'alcool ou de drogue. Cette proportion élevée, ainsi que des données provenant d'autres sources, indique qu'il existe une forte relation entre la toxicomanie et la perpétration de divers types de crimes. La nature précise de cette relation n'est pas encore connue; toutefois, on souscrit généralement à l'idée que le traitement efficace de la toxicomanie permet de réduire la criminalité.

Comme les détenus qui ont un problème de toxicomanie constituent un groupe hétérogène et sont différents sur bien des plans, il faut procéder à une évaluation afin de déterminer leurs besoins particuliers, de leur offrir un traitement pouvant répondre à ces besoins et de gérer le risque qu'ils présenteront lorsqu'ils seront libérés. En outre, il est nécessaire de créer une base de données qui servira à la recherche et à d'autres fins.

On peut diviser les outils d'évaluation de la toxicomanie en quatre grandes catégories : d'abord, les outils de dépistage, dont la principale fonction est de déterminer s'il existe ou non un problème; ensuite, les outils plus détaillés, qui permettent de préciser la nature du problème (p. ex., en évaluant sa gravité); les outils particuliers, qui sont utiles pour établir des objectifs de traitement et de prévention de la rechute, ainsi que pour évaluer, après un traitement, les progrès réalisés; enfin, les outils approfondis, qui permettent d'évaluer non seulement les habitudes et la fréquence de consommation, mais aussi le fonctionnement du répondant dans de nombreux autres domaines. Ces outils d'évaluation approfondis peuvent servir à plusieurs fins, notamment à déceler la présence de besoins multiples, à déterminer le traitement approprié et à créer une base de données qui sera utile pour la recherche et pour d'autres usages. Le Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) entre dans cette catégorie.

Au cours de notre examen, nous avons constaté qu'il existe plusieurs outils de dépistage qui peuvent être administrés assez rapidement et qui donnent des résultats satisfaisants, comme l'AUDIT, le CAGE, l'ACI et le MAST. Cependant, la fonction des outils de dépistage est de repérer les personnes qui devraient être soumises à une évaluation plus approfondie; étant donné que tous les délinquants admis dans un pénitencier fédéral sont évalués au moyen du QIMV, l'utilisation d'un outil de dépistage serait superflue.

Notre examen nous a aussi permis de relever plusieurs outils qui s'avèrent très efficaces pour évaluer la gravité des problèmes de toxicomanie, dont le LDH, le SADD, le SADQ, le TDEA et le TDAD. L'analyse a montré que le TDEA et le TDAD, qui font partie intégrante du QIMV utilisé par le SCC, sont aussi bons, sinon meilleurs, sur les plans de la fidélité, de la validité et d'autres facteurs, que tous les outils comparables. Par conséquent, nous ne recommandons aucun changement.

Nous avons également constaté qu'il existe d'excellents instruments dans la catégorie des outils approfondis, comme l'ASI, l'AUI, le CDAP et le QIMV. Au moins un d'entre eux, l'ASI - qui en est à sa cinquième édition -, est utilisé sur une grande échelle. Tous les outils de cette catégorie possèdent généralement de bonne propriétés psychométriques. En ce qui concerne le nombre de questions, le QIMV est peut-être le plus complet, et nous n'avons trouvé aucune bonne raison de proposer qu'on le remplace par un autre outil.

En fait, le QIMV permet de dépister le problème, d'évaluer de façon détaillée la nature du problème (au moyen du TDEA et du TDAD) et de déterminer la présence d'autres problèmes dans de nombreux domaines (santé, vie sociale, etc.). On peut aussi s'en servir pour la planification du traitement. Enfin, il permet de constituer une base de données - qui est déjà très étendue - sur les délinquants sous responsabilité fédérale. Ajoutons que la présentation informatisée est ce qui se fait de mieux et est bien acceptée par les délinquants. Le retour d'information qui est fourni immédiatement aux délinquants et les nombreux renseignements qui sont communiqués aux agents de gestion des cas constituent des atouts qui sont propres au QIMV.

L'une des rares faiblesses de cet instrument est qu'il ne permet pas de dépister les déficits neurologiques. À cet égard, le SCC pourrait envisager d'avoir recours à certains tests neuropsychologiques informatisés qui s'harmoniseraient avec la présentation du QIMV, comme le *Wisconsin Card Sorting Test* (classification catégorielle de cartes). Les toxicomanes, plus particulièrement ceux qui ont un problème d'alcool grave, ont souvent des déficits neurologiques susceptibles de limiter les effets positifs du traitement. Il peut être important de déceler ces déficits afin de déterminer le type de traitement qui conviendra le mieux. Ce genre d'outil de dépistage, de concert avec les autres instruments utilisés régulièrement par le SCC, pourrait aussi permettre de repérer les délinquantes enceintes qui sont susceptibles de donner naissance à un enfant atteint du syndrome d'alcoolisme foetal (Boland, 1998), à qui on pourrait offrir un programme spécial.

Pour ce qui est des outils qui permettent d'établir des objectifs de traitement, nous avons constaté que plusieurs d'entre eux pourraient être intégrés aux programmes de traitement de la toxicomanie du SCC. Certains d'entre eux, comme l'IDS et l'IDTS - qui évaluent les situations qui sont propices à la surconsommation d'alcool ou de drogues -, et le SCQ et le DTCQ - qui évaluent le sentiment d'auto-efficacité dans ces situations -, sont déjà incorporés dans des programmes du SCC comme le programme CHOIX et le Programme prélibératoire pour toxicomanes (PPT). Cependant, il existe d'autres échelles qui présentent de l'intérêt et possèdent de bonnes propriétés psychométriques. Mentionnons d'abord le NAEQ, qui mesure les conséquences négatives que prévoit le délinquant s'il allait « prendre un verre maintenant ». Les outils qui permettent de déterminer les conséquences attendues de la consommation d'alcool (le DEQ, par exemple) sont également utiles pour établir des objectifs dans les programmes de type cognitivo-comportemental et pour évaluer les progrès réalisés par ceux qui participent au traitement. Le DEQ est accompagné du DRSEQ, qui mesure le sentiment d'auto-efficacité dans diverses situations. Mentionnons aussi l'échelle AASE, qui possède d'excellentes propriétés psychométriques et permet d'évaluer de façon rapide (20 questions) la confiance du répondant dans sa capacité de ne pas consommer d'alcool dans les situations à risque élevé; il devrait être assez facile d'adapter cet outil à la consommation de drogue. Enfin, le TRI pourrait s'avérer utile

dans les programmes qui visent à réduire les fortes envies ou le besoin maladif de consommer de l'alcool ou de la drogue.

Dans de nombreux programmes de traitement de la toxicomanie, on utilise déjà certaines versions du modèle des étapes de changement élaboré par Prochaska et Di Clemente afin de favoriser la disponibilité au traitement et la motivation. L'échelle SOCRATES et le RTCQ semblent être des outils efficaces à cet égard et pourraient être intégrés à l'évaluation préalable au traitement et à l'évaluation des progrès réalisés durant le traitement.

Notre analyse du domaine de la toxicomanie du Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus utilisé à l'admission des délinquants a montré que l'évaluation du premier indicateur - « Problème de consommation d'alcool? » « Consommation abusive de drogues? » - laisse une grande place à la subjectivité, tout comme les autres indicateurs de cette catégorie.

Nous recommandons que le SCC adopte l'une des solutions suivantes : 1) qu'il définisse exactement ce qui constitue un problème de toxicomanie; 2) qu'il place « consommation d'alcool » et « Consommation abusive de drogues » après tous les autres indicateurs de sorte que ceux-ci servent de définition opérationnelle; 3) qu'il utilise plutôt le TDEA et le TDAD et d'autres renseignements obtenus au moyen du QIMV - ou qu'il les utilise aussi - pour déterminer si le délinquant a un « problème de consommation d'alcool » ou fait une « consommation abusive de drogues ».

Nous aimerions aussi soulever la question des chevauchements manifestes du Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus avec le QIMV dans le domaine de la toxicomanie et dans plusieurs autres domaines. Comme ces deux outils sont administrés aux délinquants au moment de leur admission, nous nous demandons pourquoi les résultats du QIMV qui sont communiqués à l'agent de gestion des cas ne pourraient pas remplacer les données obtenues au moyen de l'autre instrument (p. ex., dans le domaine de la toxicomanie). Il semble en effet que les résultats du QIMV sont plus complets et plus utiles pour déterminer les besoins et les traitements que les renseignements plus limités et subjectifs fournis par l'autre instrument d'identification et d'analyse des besoins. Dans les documents qui nous ont été remis à propos de

ce dernier, rien n'indique qu'on a évalué les propriétés psychométriques de la version administrée lors de l'admission. Bien que ce travail soit peut-être en cours, nous recommandons que l'on compare les besoins déterminés à l'aide de cet outil, dans le domaine de la toxicomanie, aux résultats du QIMV.

La version de cet instrument qu'on utilise dans la collectivité a une fonction évidente; il est nécessaire et pratique de disposer d'un instrument simple et bref. Ainsi, on détermine que le délinquant a un problème d'alcool ou de drogue si sa consommation a des effets nuisibles dans des domaines importants de la vie, bien qu'on ne définisse pas ces effets nuisibles. Nous avons remarqué certaines incohérences : d'abord, on évalue si la consommation d'alcool ou de drogue a des effets nuisibles sur la vie conjugale et la vie familiale, mais pas sur d'autres aspects de la vie sociale. On ne parle pas non plus des effets nuisibles sur la santé mentale et la santé psychologique. Bien sûr, il serait facile d'ajouter ces éléments si on le souhaitait. Nous avons aussi remarqué que la seule question qu'on utilise comme indicateur est très générale et est donc susceptible d'englober les plus nombreux indicateurs utilisés dans la version administrée lors de l'admission. Si cet outil doit servir à surveiller de façon générale les progrès du délinquant après sa mise en liberté, nous recommandons de modifier la formulation de la question afin d'y inclure la période visée par l'évaluation.

Motiuk et Brown (1993) présentent des données encourageantes sur l'identification des problèmes d'alcool ou de drogue au moyen de la version utilisée dans la collectivité. Nous recommandons qu'on effectue une autre étude de validité en comparant ces résultats avec ceux qu'on obtient à l'aide du TDEA et du TDAD. De plus, comme les critères sur lesquels les agents de gestion des cas doivent fonder leur jugement ne sont pas précisés. il serait pertinent de déterminer le coefficient de constance entre les examinateurs, en particulier si l'un des objectifs de l'outil est le classement systématique des besoins des délinquants par les agents de gestion des cas. Enfin, il serait utile de comparer les jugements posés par les agents, à l'admission et à la mise en liberté, à propos des mêmes délinquants.

Voilà donc les principales conclusions de notre examen. Le lecteur trouvera d'autres conclusions secondaires et suggestions d'amélioration dans les diverses sections du rapport.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE ii

TABLE DES MATIERES vii

EXAMEN DES BESOINS DES DELINQUANTS : LE DOMAINE DE LA TOXICOMAIE 1

PARTIE I : PRÉVALENCE DE LA TOXICOMANIE ET RELATION AVEC LA CRIMINALITÉ 4

PARTIE II : ÉVALUATION DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES DELINQUANTS 8

Aperçu 8

Évaluation de la toxicomanie dans la population générale 8

Raison d'être de l'évaluation 8
Déroulement et contenu de l'évaluation 10
Techniques d'évaluation 12
Élaboration d'instruments psychométriques 14
Données quantitatives et données qualitatives 14
Fiabilité 16
Validité 17
Sensibilité et spécificité 18
Données normatives 18

Questions particulières aux populations de délinquants adultes 19

Sous-populations 19

Périodes propices aux évaluations dans les milieux correctionnels 21

Instruments d'évaluation 23

Outils de dépistage 25

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) 25
Le test CAGE 27
Alcohol Clinical Index (ACI) 28
Michigan Alcohol Screening Test (MAST) 28
Trauma Scale 30
Health Screening Questionnaire (HSQ) 31
TWEAK, T-ACE et Four P's 32

Autres mesures de dépistage **33**

Outils servant à préciser la nature du problème de toxicomanie **35**

Méthodes utilisées pour mesurer la consommation d'alcool **36**

Méthode quantité-fréquence (QF) *36*
Lifetime Drinking History (LDH) *37*
Journal *38*
Timeline Followback Procedure (TLFB) *38*

(Short) Alcohol Dependence Data (SADD) **40**

Drinking Consequences Checklist Interview **41**

Manson Evaluation Revised (ME) **42**

Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) **42**

Severity of Dependence Scale (SDS) **44**

Test de dépendance envers l'alcool (TDEA) **44**

Test de dépistage de l'abus de drogue (TDAD) **46**

Outils servant à évaluer des variables liées aux objectifs de traitement **48**

Drinker Inventory of Consequences (DrInC) *48*
Alcohol Expectancy Questionnaire (AEQ) *49*
Negative Alcohol Expectancy Questionnaire (NAEQ) *50*
Drinking Expectancy Questionnaire (DEQ) *51*

Outils servant à mesurer la volonté de restreindre sa consommation d'alcool **53**

Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE) *55*
Inventory of Drinking Situations (IDS) *57*
Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS) *58*
Situational Confidence Questionnaire (SCQ) *59*
Coping Behaviours Inventory (CBI) *61*
Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) *61*

Outils d'évaluation approfondis **63**

Addiction Severity Index (ASI) *63*
Drug Abuse Treatment for AIDS Risk Reduction (DATAR) *66*
Alcohol Use Inventory (AUI) *67*
A Structured Addictions Assessment Interview for Selecting Treatment (ASIST) *68*
Comprehensive Drinker Profile (CDP) *69*
Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) *69*
Drug Use Screening Inventory (DUSI) *72*

Chemical Dependency Assessment Profile (CDAP)..... 72
Individual Assessment Profile (IAP)..... 73
Substance Use Disorder Diagnosis Schedule (SUDDS)..... 74
Drug Offender Profiles: Evaluation/Referral Strategy (DOPERS)..... 75
(Drug) Offender Profile Index..... 75
Drug Lifestyle Screening Interview (DLSI)..... 76
Wisconsin Uniform Substance Abuse Screening Battery..... 77

Évaluations en laboratoire..... **77**

Système d'dentification et analyse des besoins des détenus : Domaine de la toxicomanie..... **79**

PARTIE III : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS..... **89**

BIBLIOGRAPHIE..... **94**

ANNEXE A..... **106**

ANNEXE B..... **108**

EXAMEN DES BESOINS DES DELINQUANTS : LE DOMAINE DE LA TOXICOMAIE

Ce rapport est divisé en trois sections. Dans la Partie I, nous examinons la prévalence de la toxicomanie dans la population des délinquants adultes et nous mettons en évidence la relation entre la consommation d'alcool ou de drogue et la criminalité. Dans la Partie II, nous passons en revue des outils d'évaluation de la toxicomanie utilisés auprès des délinquants et dans la population générale, et nous faisons un examen critique du domaine de la toxicomanie du Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus. Dans la Partie III, nous présentons les conclusions et les recommandations.

Dans les deux prochaines pages, nous donnons la définition des sigles et des acronymes qui sont utilisés tout au long du rapport pour désigner les outils d'évaluation de la toxicomanie. Nous suggérons au lecteur de détacher ces pages pour pouvoir les consulter facilement durant la lecture du rapport.

Définition des sigles et des acronymes des outils d'évalutation

Sigles ou acronymes	Outils
AASE	Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale
ABQ	Alcohol Beliefs Questionnaire
ACI	Alcohol Clinical Index
ADD	Alcohol Dependence Data
AEQ	Alcohol Expectancy Questionnaire
ASI	Addiction Severity Index
ASIST	A Structured Addictions Assessment Interview for Selecting Treatment (Entrevue structurée d'évaluation de la toxicomanie)
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AUDADIS	Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule
AUI	Alcohol Use Inventory
CAGE	Cut down, Annoyed, Guilt, Eye-opener
CBI	Coping Behaviours Inventory
CDAP	Chemical Dependency Assessment Profile
CDP	Comprehensive Drinker Profile
CDT	transferrine désialysée (plasma)

CLA	Computerized Lifestyle Assessment
DASES	Drug Avoidance Self-Efficacy Scale
DATAR	Drug Abuse Treatment for AIDS Risk Reduction
DEQ	Drinking Expectancy Questionnaire
DICA-R	Revised Diagnostic Interview for Children and Adults
DIS	Diagnostic Interview Schedule
DLSI	Drug Lifestyle Screening Interview
DOPERS	Drug Offender Profiles: Evaluation and Referral Strategy
DOPI	Drug Offender Profile Index
DRInC	Drinker Inventory of Consequences
DTCQ	Drug Taking Confidence Questionnaire (Questionnaire de confiance face à la consommation de drogues, QCCD)
DUSI	Drug Use Screening Inventory
GGT	gamma glutamyl transpeptidase (plasma)
GMAST	G-Michigan Alcohol Screening Test
HSQ	Health Screening Questionnaire
HSS	Health Screening Survey
IAP	Individual Assessment Profile
ICD-10	International Classification of Diseases Screener
ICS	Impaired Control Scale
IDS	Inventory of Drinking Situations (Liste des occasions de consommation d'alcool, LOCA)
IDTS	Inventory of Drug Taking Situations (Liste des occasions de consommation de drogues, LOCD)
LDH	Lifetime Drinking History
MALT	Munich Alcoholism Test
MAST	Michigan Alcohol Screening Test (test de dépistage d'alcoolo-dépendance du Michigan)
MCMI	Millon Clinical Multiaxial Inventory
ME revised	Manson Evaluation Revised
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota)
NAEQ	Negative Alcohol Expectancy Questionnaire
OPI	Offender Profile Index
PRISM	Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders
Q/F	Méthode quantité-fréquence
QIAD	Quantitative Inventory of Alcohol Disorders
QIMV	Questionnaire informatisé sur le mode de vie
RAATE	Recovery Attitude and Treatment Evaluator
RDS	Restrained Drinking Scale
RTCQ	Readiness to Change Questionnaire
SAAST	Self Administered Alcoholism Screening Test
SADD	Short Alcohol Dependence Data (version abrégée de l'ADD)
SADQ	Severity of Alcohol Dependence Questionnaire
SASSI	Substance Abuse Subtle Screening Inventory

SASST	Self-Administered Alcoholism Screening Test
SCID	Structured Clinical Interview for Diagnosis
SCQ	Situational Confidence Questionnaire
SDS	Severity of Dependence Scale
SMAST	Short MAST (version abrégée du MAST)
SOCRATES	Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
SUDDS	Substance Use Disorder Diagnosis Schedule
T-ACE	Tolerance, Annoyed, Cut-down, Eye-opener
TDAD	Test de dépistage de l'abus de drogue
TDEA	Test de dépendance envers l'alcool
TLFB	Timeline Followback Procedure (Suivi de la consommation d'alcool et de drogue)
TRI	Temptation and Restraint Inventory
TWEAK	Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, Cutdown
VAST	Veterans Alcoholism Screening Test

PARTIE I : PRÉVALENCE DE LA TOXICOMANIE ET RELATION AVEC LA CRIMINALITÉ

Les études et les examens concluent invariablement que les problèmes d'alcool (p. ex. Anglin, 1992; Greenfield et Weisner, 1995; Walfish et Blount, 1989), les problèmes de drogue (p. ex. Harrison et Gfroerer, 1992; Nurco, Hanlon et Kinlock, 1991) et la combinaison de ces deux types de problèmes (Miller et Welte, 1986) sont associés au crime.

Il est beaucoup plus facile d'établir la prévalence des problèmes de toxicomanie chez les délinquants sous responsabilité fédérale depuis qu'on a instauré le dépistage systématique pour tous les délinquants nouvellement admis dans un pénitencier à l'aide du Questionnaire informatisé sur le mode de vie des toxicomanes (QIMV), un outil multidimensionnel qui comprend le Test de dépendance envers l'alcool (TDEA; Skinner et Horn,1984), le Test de dépistage de l'abus de drogue (TDAD; Skinner, 1982) et d'autres indicateurs de la toxicomanie (Robinson, Porporino et Millson, 1991; Robinson, Fabiano, Porporino, Millson et Graves, 1992; Weekes, Fabiano, Porporino, Robinson et Millson, 1993).

L'examen de divers résultats prélevés de cette importante base de données, qui ne cesse de grossir, montre que 35 % des détenus de sexe masculin déclarent avoir un problème d'alcool léger, 9 % un problème modéré, et 8 % un problème important ou grave, selon les scores obtenus par le TDEA. Pour ce qui est des problèmes de drogue, les proportions sont les suivantes : 20 % (problème léger), 12 % (problème modéré) et 16 % (problème important ou grave), selon les scores obtenus au TDAD.

Si l'on considère que les problèmes modérés et les problèmes importants ou graves correspondent respectivement aux notions d'abus de substance psycho-active et de dépendance à une substance psycho-active définies dans le DSM III (et en général dans le DSM IV), alors la proportion de 17 % qui entre dans ces catégories selon le TDEA est un peu plus élevée que les 13,1 % d'un échantillon aléatoire de délinquants des États-Unis classés dans ces catégories à l'aide du *Diagnostic Interview Schedule* (US Bureau of Justice Statistics, 1983a). En utilisant la même répartition pour l'abus de drogue et la dépendance aux drogues, on obtient un résultat de

28 % pour le TDAD et de 16,8 % pour le *Diagnostic Interview Schedule* (US Bureau of Statistics, 1983a). Robinson *et al.* (1991) font remarquer que cet écart peut être attribuable au fait que les délinquants canadiens avaient un plus grand accès aux substances, puisque l'évaluation effectuée au moyen du TDEA et du TDAD porte sur les six mois qui ont précédé leur arrestation pour la peine qu'ils purgent actuellement. Les auteurs suggèrent aussi que ces deux outils informatisés encouragent les délinquants à révéler leur problème d'alcool ou de drogue. Une troisième possibilité, qui n'a pas été envisagée par les auteurs, est que comme la fidélité et la validité de ces échelles sont bien établies auprès de la population carcérale et la population en général, elles sont tout simplement plus efficaces pour déceler les problèmes de toxicomanie que le *Diagnostic Interview Schedule*.

Par ailleurs, lorsque Lightfoot et Hodgins (1988) ont utilisé la même approche de catégorisation avec le TDEA et le TDAD dans une enquête par entrevue auprès de délinquants volontaires, ils ont obtenu les pourcentages très élevés de 47 % pour les problèmes d'alcool et de 63,5 % pour les problèmes de drogue. Robinson *et al.* font remarquer avec raison que ces résultats s'expliquent vraisemblablement par un biais d'échantillonnage attribuable à l'autosélection des répondants, puisque le principal objectif de l'étude était de recueillir des renseignements pouvant faciliter l'élaboration de programmes de traitement de la toxicomanie, un objectif dont les sujets avaient été informés.

Lorsqu'on combine les indicateurs de consommation d'alcool et de drogue de ces deux outils d'évaluation pour déterminer la proportion des délinquants qui ont l'un ou l'autre de ces problèmes, on constate que 32 % ont un problème léger, 16 % un problème modéré, et 20 % un problème important ou grave (Weekes, Moser et Langevin, 1997).

Chez les délinquantes, la proportion des problèmes décelés à l'aide duTDEA et du TDAD dans le cadre d'une entrevue dirigée était plus faible que chez les hommes : 72 % des répondantes déclaraient n'avoir aucun problème d'alcool, 15 % déclaraient avoir un problème modéré, et 12,5 % un problème important ou grave; environ 11 % déclaraient avoir un problème de drogue léger, 19 % un problème modéré, et 35 % un problème important ou grave (Lightfoot et Lambert, 1991).

Un test effectué au moyen du QIMV auprès d'un échantillon de délinquants autochtones (Vanderburg, Weekes et Millson, 1994, cité dans Weekes *et al.*, 1997) a montré que la prévalence et la gravité des problèmes de drogue sont les mêmes que chez les délinquants non autochtones, mais que les délinquants autochtones ont des problèmes d'alcool dans une plus forte proportion (près de 75 %).

En résumé, des données fiables provenant du Service correctionnel du Canada (SCC) montrent qu'un taux élevé de délinquants sous responsabilité fédérale (environ les deux tiers) ont un problème de consommation d'alcool ou de drogue.

Lorsqu'on sait qu'une grande proportion de détenus ont des problèmes de toxicomanie et qu'un pourcentage élevé de délinquants déclarent avoir été sous l'influence de l'alcool ou de la drogue lorsqu'ils ont commis leur crime (Weekes, Moser et Langevin, 1997), il n'est pas difficile d'affirmer qu'il existe bien une relation entre la toxicomanie et la criminalité. Cependant, la nature de cette relation est complexe et sujette à controverse, et elle n'entre pas dans le cadre de notre étude. Certains prétendent que la surconsommation d'alcool ou de drogue dans une situation donnée ou la consommation chronique est la cause de la criminalité; d'autres affirment que la consommation de substances intoxicantes est plutôt le résultat d'un mode de vie criminel déviant; d'autres enfin estiment qu'un troisième facteur (la génétique) contribue à la fois à la criminalité et à la consommation de substances intoxicantes (Bradford, Greenberg et Motayne, 1992; Collins, 1982; Goldstein, 1985; Hammersley, Forsyth, Morrison et Davies, 1989; Harrison et Gfroerer, 1992; Pernanen, 1982; Risser, Bonsch et Schneider, 1995; Speckart et Anglin, 1986; Smith et Newman, 1990; Walfish et Blount, 1989). On peut également établir des modèles d'interaction complexes et des relations réciproques entre la toxicomanie et la criminalité.

Quel que soit le point de vue qui prédominera en fin de compte, on peut tout de même évaluer indépendamment si le traitement de la toxicomanie a un effet sur la réduction de la criminalité. À cet égard, les données sont très encourageantes (Annis, 1988; Field, 1989; Inciardi, 1995; Millson, Weekes et Lightfoot, 1995; Parnanen, 1981; Vigdal, Stadler, Goodrick et Sutton, 1980; Wexler, Falkin et Lipton,1990). La situation s'améliorera encore à mesure que les spécialistes en recherche clinique parviendront à assortir les délinquants à des traitements qui

sont encore mieux adaptés à leurs besoins. On a commencé à utiliser la stratégie du jumelage client-traitement lorsqu'on a reconnu que les toxicomanes ne forment pas un groupe homogène et qu'il existe entre eux de grandes différences, non seulement quant aux substances consommées, mais aussi quant à la gravité de la toxicomanie, quant à de nombreux autres domaines de leur vie qui sont liés à la toxicomanie et quant à leur réaction au traitement (Allen et Kadden, 1995; Miller, 1986; Project MATCH Research Group, 1997). Si nous voulons tenir compte de ces facteurs, il nous faut absolument procéder à une évaluation qui nous permette de les différencier.

Dans ce rapport, nous passons en revue les diverses mesures qui sont utilisées pour l'évaluation de la toxicomanie dans la population carcérale et la population générale, et nous examinons les indicateurs du domaine de la toxicomanie du Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus,qui est actuellement mis à l'essai par le Service correctionnel du Canada.

PARTIE II : ÉVALUATION DE LA TOXICOMANIE CHEZ LES DELINQUANTS

Aperçu

Avant de passer en revue les mesures d'évaluation de la toxicomanie qui peuvent être utilisées auprès des délinquants, nous jetterons d'abord un coup d'œil à l'évaluation de la toxicomanie en général. Nous nous pencherons sur le fondement ou la raison d'être de l'évaluation, sur son contenu, sur les techniques utilisées et sur les questions méthodologiques générales de l'évaluation psychométrique - liée ou non à la toxicomanie. Nous parlerons ensuite de questions concernant plus particulièrement l'évaluation des délinquants et de certaines sous-populations carcérales. Puis nous décrirons les outils d'évaluation et nous les évaluerons. Enfin, nous examinerons en détail le protocole d'identification et d'analyse des besoins des détenus utilisé actuellement au Service correctionnel du Canada.

Évaluation de la toxicomanie dans la population générale

Raison d'être de l'évaluation

Le processus d'évaluation a plusieurs objectifs. Certains s'appliquent à l'ensemble des toxicomanes, alors que d'autres sont propres à des groupes particuliers, par exemple les délinquants. Ces différences seront soulignées dans les sections qui suivent.

Un des principaux objectifs de l'évaluation de la toxicomanie est de repérer les personnes qui ont un problème de toxicomanie (dépendance ou surconsommation) en vue de leur fournir un traitement, ou en vue de leur fournir un traitement approprié. Pour éclaircir cette distinction, mentionnons que l'*Institute of medicine* (1990) a déclaré qu'une des conclusions les plus importantes des travaux de recherche sur les résultats des traitements dans ce domaine est qu'aucun traitement ne s'avère efficace pour toutes les personnes qui ont un problème d'alcool et que, par conséquent, si l'on veut que le traitement donne des résultats optimaux, il n'est pas facultatif, mais bien nécessaire d'offrir un traitement adapté à la personne qui le reçoit. On ajoute que l'évaluation est le fondement du jumelage client-traitement (p. 242). Par ailleurs, certains types de traitement se sont avérés, dans l'ensemble, plus efficaces que d'autres (Hester et Miller,

1995). Ainsi, la question de l'efficacité du jumelage client-traitement envahit les ouvrages généraux sur la psychothérapie depuis quelque temps déjà.

Comme le souligne l'*Institute* of Medicine, l'évaluation qui a comme objectif de trouver un traitement bien adapté au client n'est utile que si l'on est en mesure d'offrir une variété de traitements.

L'évaluation peut aussi avoir comme autres objectifs de recueillir des renseignements avant le traitement ou des données fondamentales et de constituer une base de données sur une population particulière. Ces objectifs peuvent nécessiter la collecte de différents types de renseignements. Ainsi, l'évaluation initiale devrait permettre : de déterminer s'il existe ou non un problème; de déterminer l'ampleur du problème par rapport à plusieurs aspects (cette question sera examinée plus en détail plus loin); d'obtenir des renseignements utiles pour choisir le traitement approprié, si on a le choix entre plusieurs traitements. L'évaluation initiale peut donc porter sur diverses variables statiques et dynamiques, qu'elles soient directement liées à la toxicomanie ou connues pour avoir un lien avec la toxicomanie ou pour influencer la capacité du client de tirer profit du traitement. On recueille habituellement des données avant le traitement ou des données fondamentales pour évaluer les effets de l'intervention sur le client; il faut donc choisir des variables sensibles au changement et des mesures capables d'évaluer ce changement; on utilisera le plus souvent des variables directement liées à la toxicomanie. Enfin, lorsqu'on a pour objectif d'établir une base de données, il faut recueillir un plus grand volume de renseignements, dont certains représenteront des variables statiques et démographiques, et d'autres dépasseront le domaine de la toxicomanie et les domaines connexes.

Un autre objectif de l'évaluation, en particulier l'évaluation orientée vers un traitement, est de préparer le client à une intervention. Cooney, Zweben et Fleming (1995) ont examiné les résultats d'une étude dans laquelle certaines personnes ayant fait l'objet d'une évaluation ont reçu un retour d'information sur la gravité de leur problème d'alcool et ont été dirigées vers des ressources, alors que d'autres n'ont reçu aucun retour d'information. Douze mois plus tard, on a constaté que les choses allaient mieux pour le premier groupe, ce qui indique que le retour d'information avait eu un certain effet. Le modèle d'entrevue motivationnelle de Miller s'appuie

sur la notion que lorsqu'on informe le client des résultats de l'évaluation, on contribue à lui faire accepter davantage l'idée du traitement.

Ainsi, le processus d'évaluation peut avoir pour fonction de faciliter un tant soit peu l'intervention qui suivra (Miller, Westerberg et Waldron, 1995).

Déroulement et contenu de l'évaluation

L'*Institute of Medicine* (1990) a mis au point un cadre utile pour conceptualiser le processus d'évaluation. Ce cadre comporte un aspect séquentiel et un aspect multidimensionnel. Selon l'aspect séquentiel, l'évaluation est un processus qui se déroule en trois étapes : le dépistage (existe-t-il un problème?), l'évaluation du problème (problèmes attribuables à la toxicomanie), et l'évaluation de la personne (problèmes non attribuables à la toxicomanie); chacune de ces étapes est jugée essentielle à une évaluation complète. Cooney *et al.* (1995) et Miller *et al.*(1995) soulignent également une distinction importante entre le dépistage et l'évaluation complète. Chaque étape est importante. Ainsi, si une personne n'a pas de problème de toxicomanie, il est inutile de lui faire subir des tests d'évaluation compliqués et coûteux pour quantifier le problème. Par conséquent, il n'est pas rentable de faire subir une batterie de tests à tous les individus d'une population donnée, par exemple une population de délinquants, à moins que le but premier soit de constituer une base de données. Par ailleurs, Miller *et al.* (1995) précisent que les outils de dépistage ne permettent pas de faire une évaluation complète. Les auteurs mettent en évidence la nature dichotomique de ce genre d'outil (une personne est classée comme ayant ou non un problème de toxicomanie), qui simplifie à l'extrême la nature multidimensionnelle de la surconsommation ou de la dépendance de même que la nature continue de chacune de ces dimensions. Ils font remarquer que la tendance récente consiste plutôt à conceptualiser les diagnostics psychiatriques sous la forme d'un continuum. Ils ajoutent que dans de nombreux milieux cliniques, l'utilisation d'outils de dépistage constitue la norme, alors qu'on devrait employer des outils d'évaluation plus complets.

Pour ce qui est de l'aspect multidimensionnel de l'évaluation, l'*Institute of Medicine* (1990) déclare qu'on doit explorer un certain nombre de domaines au cours des deux dernières

étapes. À l'étape de l'évaluation du problème, on examinera l'ampleur du problème, les habitudes de consommation actuelles et antérieures, les signes et symptômes de la consommation - comme la tolérance, le sevrage, la renonciation à des activités, la compulsion, la poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives, la consommation destinée à soulager des symptômes, le rétrécissement du répertoire des comportements vis-à-vis de l'alcool, et le sentiment d'avoir perdu la maîtrise de soi -, ainsi que les conséquences médicales, psychiatriques, familiales, professionnelles, juridiques ou financières. À l'étape de l'évaluation de la personne, on tentera d'abord de déceler les domaines où il y a des problèmes, puis on se penchera sur ces domaines. Il peut s'agir de problèmes familiaux, conjugaux, professionnels, sexuels, personnels, médicaux ou psychiatriques. On évaluera aussi les soutiens sociaux, la structure familiale et l'utilisation des temps libres. En outre, il est recommandé de recueillir des données démographiques et d'évaluer la personnalité, le fonctionnement cognitif, les antécédents de toxicomanie dans la famille, les événements de la vie et les facteurs conjoncturels qui causent du stress, la stabilité sociale et les traitements suivis antérieurement.

Miller *et al.* (1995) soulignent aussi certains aspects devant être couverts durant l'évaluation (avec une mention spécifique pour la consommation d'alcool) comme la fréquence de la consommation, les conséquences négatives, la dépendance à l'alcool, les antécédents familiaux, le fonctionnement neuropsychologique et les séquelles physiques. Ces auteurs reprennent la recommandation de l'*Institute of Medicine* (1990) selon laquelle il faut évaluer aussi le fonctionnement psychologique global. Sobell, Toneatto et Sobell (1994) et Lightfoot (1995) jugent nécessaire de couvrir les aspects suivants : consommation récente de substances intoxicantes, causes et conséquences de la consommation, problèmes de santé mentale, problèmes médicaux, obstacles éventuels au changement.

Ainsi, d'après les descriptions qui précèdent, on voit que l'évaluation peut être faite au moyen d'outils de dépistage unidimensionnels simples, de mesures ou d'inventaires multidimensionnels (dont la longueur peut varier considérablement), ou de batteries de tests qui comprennent à la fois des mesures de la toxicomanie et la mesure de variables jugées utiles pour le traitement des personnes ayant un problème de toxicomanie. Dans le présent rapport, nous

examinerons en détail des outils de dépistage et des mesures multidimensionnelles. En outre, nous nous pencherons sur certains outils plus complets et approfondis; ces derniers comprennent presque toujours un ou plusieurs des outils de dépistage ou des inventaires qui seront examinés dans les deux autres sections. Nous renverrons le lecteur à ces sections au besoin.

Techniques d'évaluation

On se sert actuellement de diverses méthodes pour l'évaluation de la toxicomanie. Le plus souvent, c'est la personne soumise à l'évaluation qui fournit les renseignements (auto-évaluation), ou l'un des proches, ou encore on utilise ces deux techniques à la fois. L'évaluation peut prendre la forme d'un questionnaire sur papier, d'une évaluation des comportements, d'une entrevue personnelle (structurée, semi-structurée ou à questions ouvertes; avec du personnel clinique ou du personnel non clinique), ou d'un test par ordinateur (test continu ou comportant des boucles ou retours en arrière, avec possibilité de retour d'information au client au milieu du test dans certains cas). On peut aussi se servir de tests de laboratoire pour évaluer les marqueurs biologiques de la consommation actuelle et chronique de certaines substances.

La plus grande source de controverse à propos des techniques de collecte de données concerne l'auto-évaluation. D'une part, il arrive qu'on mette en doute l'intégrité et la validité des renseignements qui sont fournis par le répondant lui-même. D'autre part, on est d'avis que le rapport d'un observateur ne permet pas d'obtenir autant de renseignements, et que les marqueurs biologiques ont une sensibilité limitée ou discutable et sont liés à des contraintes temporelles. Sobell *et al.* (1994) ont fait remarquer que les toxicomanes fournissent en général des données exactes et que ces dernières sont plus précises que les renseignements fournis par des observateurs; Wish (1988) a constaté que *les délinquants en particulier* ne révèlent pas toujours leur consommation d'alcool ou de drogue, comme on le voit lorsqu'on compare leurs réponses aux analyses d'urine. Lightfoot (1995) admet cette possibilité, mais ajoute qu'il se peut aussi que certains délinquants exagèrent leur problème de toxicomanie afin de diminuer leur responsabilité dans l'infraction commise. Quoi qu'il en soit, cette question n'est peut-être pas aussi importante après l'admission des délinquants en prison (Weekes, Moser et Langevin, 1997). À tout

événement, l'Institute of Medicine (1990) fait une remarque très judicieuse lorsqu'il déclare que les rapports verbaux ne sont ni valides ni invalides en soi, mais que leur validité varie selon les circonstances (p. 263). L'*Institute* of Medicine (1990) énumère des facteurs qui diminuent systématiquement la validité de l'auto-évaluation : a) le client a un taux d'alcoolémie positif durant l'évaluation; b) le client a des symptômes de sevrage durant l'évaluation; c) l'inventaire utilisé pour l'évaluation n'est pas structuré et les questions sont générales et vagues; d) le client ne sait pas que les renseignements qu'il fournit seront contre-vérifiés; e) le clinicien n'a qu'un bref contact avec le client; f) le client a une raison particulière de déformer les faits; g) le client a des inquiétudes à propos de la confidentialité; h) le clinicien montre de façon évidente qu'il s'attend à un certain comportement de la part du client. Dans un milieu correctionnel, il faut prendre en considération les points *f* et *g*, qui peuvent causer un problème (Lightfoot, 1995). Cooney *et al.* (1995) font remarquer que l'exactitude des renseignements fournis par le répondant dépend des normes culturelles, du milieu où se déroule l'évaluation, des personnes présentes à l'évaluation, des particularités de la situation, de la perception qu'a le client de l'attitude de l'intervieweur, de l'état de sobriété du client, de sa motivation et de son fonctionnement cognitif. Weekes, Moser et Langevin (1997) ont conclu qu'en général, les renseignements fournis par le répondant sont assez exacts et constituent donc une source de données utile et valide, mais qu'on devrait consulter d'autres sources pour étayer ces renseignements.

Quant au moyen de recueillir l'information (auto-évaluation ou autre), l'*Institute of Medicine* a fait remarquer que les entrevues personnelles présentent un avantage certain, mais que les tests papier-crayon ou les tests administrés par ordinateur permettent parfois d'obtenir plus de renseignements sur des sujets délicats (voir aussi Cooney *et al.*, 1995). En outre, les rencontres personnelles peuvent s'avérer relativement non structurées, du moins par rapport à un test papier-crayon ou à un test informatisé, et les données recueillies au cours de la rencontre peuvent être difficiles à consigner, à noter, à quantifier et à comparer aux données normatives. On peut régler une partie de ces problèmes en structurant davantage l'entrevue, qui s'avère alors une méthode fiable. Cependant, le personnel et le temps nécessaires pour les entrevues rendent cette technique coûteuse. Les coûts sont moins élevés lorsqu'on utilise des tests papier-crayon, bien que la correction des tests exige du personnel. Les tests informatisés ont l'avantage de faire

économiser des ressources humaines et peuvent prendre la forme d'une entrevue très structurée dans laquelle des composantes de la batterie de tests ne seront administrées que dans certaines circonstances. On peut alors utiliser l'approche séquentielle. Par exemple, si le test de dépistage n'indique pas qu'il existe un problème d'alcool, on pourra laisser tomber les tests plus complets.

Cooney *et al.* (1995) ont examiné un échantillon d'études comparant les méthodes de collecte de données. Les résultats indiquent, pour les tests CAGE et S-MAST, qu'il y a concordance des taux de sensibilité et de spécificité entre les entrevues personnelles dirigées par un clinicien et celles dirigées par du personnel non clinique, et entre les tests papier-crayon et les évaluations informatisées. Ces auteurs soulignent la rentabilité des tests informatisés et des tests papier-crayon, et font remarquer que les clients semblent préférer les premiers. Erdman, Klein et Greist (1983) ont constaté que les résultats des tests informatisés étaient comparables à ceux des tests papier-crayon, mais que les tests par ordinateur sont plus efficaces pour détecter les réponses contradictoires. Ils mentionnent également que leur échantillon a préféré l'évaluation informatisée. Skinner et Allen (1983) ont constaté que la version informatisée du MAST plaît davantage aux personnes possédant de bonnes habiletés visuo-motrices et qu'elle plaît moins à celles qui ont un niveau d'instruction plus élevé et une attitude plus défensive.

Élaboration d'instruments psychométriques

Selon Miller *et al.* (1995), il existe littéralement des centaines d'instruments pour évaluer les problèmes d'alcool (p. 68). La liste s'allonge lorsqu'on y inclut les outils servant à évaluer la consommation de différentes substances. Ces auteurs ont constaté l'absence de données de qualité, en particulier de données psychométriques, sur un très grand nombre de ces outils, une critique reprise par de nombreux chercheurs. L'*Institute of Medicine* a déclaré qu'idéalement, les renseignements recueillis au cours d'une évaluation doivent être quantitatifs, fiables, valides, normalisés et enregistrables (p. 261). Cette section examine certains des problèmes et des obstacles liés à l'élaboration de mesures fiables pour l'évaluation de la toxicomanie.

Données quantitatives et données qualitatives

Les outils d'évaluation permettent d'obtenir des renseignements quantitatifs ou qualitatifs qui sont destinés à appuyer la prise d'une décision. Les données quantitatives constituent un résumé numérique d'indicateurs comme la présence ou l'absence d'un problème, la gravité du problème, le nombre de symptômes manifestes et la fréquence de divers symptômes. Ces données sommaires peuvent s'appliquer à des concepts généraux p. ex., la toxicomanie) ou à des concepts plus étroits et spécifiques (p. ex., l'effet de la toxicomanie sur la vie professionnelle). Les données qualitatives peuvent aussi porter sur des concepts généraux ou spécifiques, mais elles ne constituent pas un résumé numérique de ces concepts; elles ont plutôt pour objet de décrire l'individu ou le groupe à l'étude. L'élaboration d'outils quantitatifs et d'outils qualitatifs exige de la rigueur méthodologique, mais les critères définissant la rigueur varient. Bien que l'ensemble des outils décrits ci-dessous *peuvent* permettre de rccueillir certains renseignements qualitatifs particulièrement utiles dans le processus de traitement, ils sont utilisés principalement comme indicateurs quantitatifs. Par conséquent, nous examinerons dans cette section les normes qui guident l'élaboration des mesures quantitatives.

En ce qui concerne la conception des outils d'évaluation, il existe plusieurs écoles de pensée. Certaines ont adopté une approche théorique et rationnelle et ont conçu des questions compatibles avec leur vision théorique du concept (p. ex,. les mesures évaluant les divers aspects liés au syndrome d'alcoolo-dépendance). D'autres ont misé sur la validité externe, concevant les questions à partir d'entrevues structurées et semi-structurées avec la population à qui s'appliquera la mesure (p. ex., certains tests permettant de mesurer les conséquences que prévoit le client). Habituellement, les outils élaborés à l'aide de ces deux approches contiennent des questions ayant une validité apparente (concordance exacte entre ce qui est mesuré et ce que le test est censé mesurer; par exemple « je suis inquiet parce que je suis incapable de contrôler ma consommation d'alcool »). D'autres écoles de pensée ont adopté une approche purement empirique; les chercheurs conçoivent eux-mêmes certaines questions et en empruntent d'autres à une foule de mesures du concept à l'étude, puis ils mettent ces questions à l'épreuve. Les questions qui permettent d'établir une distinction entre les individus de la population cible et qui

respectent des normes psychométriques rigoureuses (que nous décrirons plus loin) sont retenues, qu'elles possèdent ou non une validité apparente. Le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) est probablement l'exemple le mieux connu de cette approche. Il n'y a pas de consensus sur la meilleure approche, et la controverse est différente selon les domaines d'étude. Toutefois, il est important que le concepteur du test explique clairement l'approche qu'il a adoptée de sorte que ceux qui veulent utiliser le test puissent déterminer s'il répond à leurs exigences. Indépendamment du fondement de la conception des questions, tout outil d'évaluation doit posséder certaines propriétés psychométriques fondamentales, que nous décrirons brièvement.

Certains des outils examinés ci-dessous sont unidimensionnels, c'est-à-dire qu'ils ne visent à évaluer qu'un aspect relativement homogène de la toxicomanie (p. ex., la fréquence de consommation). D'autres, cependant, contiennent un certain nombre de sous-échelles qui évaluent plusieurs aspects de la toxicomanie. Bien que certaines mesures multidimensionnelles soient fondées sur la théorie, il est important : a) que ces dimensions soient validées, sur le plan empirique, comme des aspects distincts; b) que les relations entre les dimensions soient clarifiées. L'analyse factorielle et, dans certains cas, la modélisation d'équations structurelles constituent un moyen d'établir la validité de dimensions multiples. Il faut s'assurer, en particulier, que les questions ne contribuent qu'aux facteurs (sous-échelles) dont elles sont censées faire partie, et que les corrélations entre les facteurs ne soient pas si élevées qu'elles rendent les facteurs superflus. L'analyse factorielle constitue aussi un moyen de mettre à l'essai les modèles théoriques de la toxicomanie.

Fiabilité

Il est important que les outils d'évaluation soient fiables. La fiabilité se rattache à plusieurs notions. L'une d'elles est la cohérence interne, c'est-à-dire la manière dont les énoncés ou questions d'une échelle sont groupés pour mesurer un concept unique; elle est fondée sur les corrélations entre tous les énoncés. On mesure la cohérence interne à l'aide du coefficient alpha de Cronbach (aussi appelé coefficient alpha ou alpha de Cronbach) qui peut prendre des valeurs allant de 0,0 à 1,0, les valeurs plus élevées indiquant une plus grande fiabilité. Normalement, on

souhaite obtenir une valeur d'au moins 0,80, mais les valeurs se situant entre 0,70 et 0,80 sont parfois jugées acceptables. Une autre notion, la corrélation d'homogénéité, ressemble beaucoup à la cohérence interne. Elle constitue le degré de corrélation entre deux moitiés comparables du test. Les valeurs acceptables sont très semblables à celles que nous avons indiquées pour le coefficient de Cronbach. Il y a également la constance test-retest, qu'on détermine en comparant le score obtenu à un test et le score obtenu au même test, qui est administré après un certain intervalle de temps. La fiabilité des formes parallèles est le degré de corrélation entre deux versions différentes d'un test; cette mesure présentera un intérêt particulier lorsque nous parlerons de l'équivalence des versions courte et longue de certains outils d'évaluation.

Validité

Il est important que les mesures d'évaluation soient valides. La validité recouvre elle aussi diverses notions. La validité de contenu désigne dans quelle mesure le contenu des énoncés du test représente le concept qu'on évalue; le domaine est-il couvert entièrement? Les énoncés sont-ils pertinents? La validité de concept désigne dans quelle mesure l'instrument évalue le concept qu'il est censé évaluer. Ainsi, une échelle censée mesurer le syndrome d'alcoolo-dépendance mesure-t-elle réellement les différents aspects de ce syndrome, tels qu'ils sont définis théoriquement? On établit la validité de concept en reliant le test à la théorie ou en faisant une analyse factorielle pour établir les multiples dimensions. La validité de critère désigne dans quelle mesure l'échelle est liée à un type de critère ou de mesure des résultats. Il existe deux sous-types de validité de critère : la validité concourante et la validité prédictive. La validité coucourante (diagnostique) désigne la corrélation entre le test et une mesure du concept qui existe déjà et qui constitue souvent une mesure « étalon » dans le domaine. On s'intéresse souvent à cette validité lorsqu'on désire remplacer un processus d'évaluation coûteux par un test plus court ou plus efficace. La validité prédictive (prognostique) désigne dans quelle mesure l'instrument prédit avec exactitude un résultat jugé important pour le concept, par exemple la probabilité d'une rechute après le traitement; cette notion semble particulièrement pertinente dans le contexte du SCC, où l'on attache une grande importance à la réduction de la récidive.

Sensibilité et spécificité

On utilise un grand nombre des outils décrits ci-dessous pour rendre un diagnostic (à tort ou à raison), pour répondre à la question : l'individu a-t-il un problème de toxicomanie? À cette fin, il est essentiel que l'outil possède la propriété de validité discriminante. Les concepteurs des tests fournissent habituellement la valeur de deux sous-classes de validité discriminante. La sensibilité désigne dans quelle mesure un outil décèle correctement un problème; par exemple, un outil de dépistage peut repérer 95 % de ceux qui ont un problème d'alcool. Cependant, un test sensible peut aussi produire un grand nombre de faux positifs, c'est-à-dire repérer comme « toxicomanes » des personnes qui *ne le sont pas*. La spécificité désigne dans quelle mesure le test repère seulement ceux qui *ont réellement* le problème; c'est-à-dire que si le test produit un résultat positif, nous pouvons être certains que l'individu a réellement un problème de toxicomanie. Toutefois, un test possédant un taux élevé de spécificité peut très bien ne pas être sensible, et donc ne pas réussir à repérer de nombreuses personnes qui ont le problème, produisant ainsi de nombreux faux négatifs. Idéalement, un test doit posséder un haut degré de sensibilité et de spécificité; toutefois, il arrive très fréquemment que l'une de ces propriétés soit sacrifiée à l'autre, selon l'objectif de l'évaluation et les conséquences des faux positifs et des faux négatifs dans un contexte donné.

Données normatives

Enfin, il est utile que les concepteurs d'instruments recueillent une bonne base de données normatives. On obtient ces données en appliquant l'instrument à de grands échantillons et en établissant les propriétés psychométriques, les scores moyens et la répartition caractéristique des scores au sein de ces échantillons. Idéalement, un outil de dépistage de la toxicomanie est accompagné de données normatives qui ont été recueillies auprès d'une grande variété d'échantillons (p. ex., membres de la collectivité, étudiants, buveurs mondains, alcooliques, personnes ayant des troubles mentaux, personnes de divers groupes d'âge, hommes et femmes). Toutefois, le plus important est de choisir un test pour lequel il existe des données normatives se rapportant à la population visée. Pour le milieu correctionnel, il faut donc choisir

des instruments qui ont été validés auprès de détenus, de libérés conditionnels, de délinquantes et d'autres groupes présentant un intérêt, comme les Autochtones, les jeunes contrevenants, etc.

Questions particulières aux populations de délinquants adultes

Nous avons parlé des raisons pour lesquelles on évalue la toxicomanie de façon générale, mais il faut aussi nous demander pourquoi évaluer la toxicomanie dans la population carcérale en particulier. La réponse peut sembler évidente, mais il est important de souligner que l'objectif est de traiter le problème. On peut ensuite présumer que si on traite la toxicomanie dans les établissements correctionnels, c'est qu'on suppose que la diminution de la toxicomanie aura pour effet de réduire la récidive après la mise en liberté. Nous avons déjà mentionné à la Partie I que la relation entre la toxicomanie et la criminalité est complexe. Toutefois, les résultats de la recherche donnent à penser que la réduction ou l'élimination de la toxicomanie réduit la criminalité.

Dans le milieu correctionnel, nous nous heurtons à une difficulté évidente. En effet, notre objectif est de fournir un traitement approprié à des personnes qui ne se sont pas présentées dans ce milieu dans le but d'obtenir un traitement de la toxicomanie. Cooney *et al.* (1995) remarquent «qu'il faut adopter une approche différente avec les personnes qui ne sont pas à la recherche d'une aide». La validité de l'évaluation peut être compromise lorsque les répondants perçoivent de la contrainte. Cependant, de façon générale, la recherche montre que les renseignements recueillis auprès des délinquants au moyen d'instruments comme le Questionnaire informatisé sur le mode de vie permettent de brosser un tableau relativement fidèle de la toxicomanie chez les délinquants sous responsabilité fédérale (Weekes, Moser et Langevin, 1997).

Sous-populations

Délinquantes. Canale (1996) a mis en lumière certaines caractéristiques de la toxicomanie chez les femmes. Ainsi, par rapport aux hommes, les femmes consomment davantage de benzodiazépines et d'opiacés prescrits ou en vente libre pour les symptômes physiques et psychologiques. Elles prennent plus souvent ces médicaments en même temps que de l'alcool. Elles deviennent plus souvent pharmacodépendantes avant d'avoir des problèmes

d'alcool et elles consomment moins souvent des drogues illicites. Kinney (1991) ajoute que les femmes consomment plus souvent que les hommes une combinaison de drogues, que leur consommation est cyclique et qu'elles ont souvent un partenaire toxicomane. Étant donné toutes ces différences, il semblerait essentiel d'intégrer certains énoncés clés dans tout instrument qui vise à évaluer la toxicomanie chez les femmes. Ces énoncés devraient porter sur la consommation de médicaments de prescription, en particulier les anxiolytiques et les antidépresseurs *pas nécessairement obtenus par des moyens illégaux*; évaluer la consommation sur une période assez étendue - étant donné la nature cyclique de la consommation -, évaluer la consommation combinée de plusieurs drogues et la pression subie par un partenaire.

Canale (1996) a aussi mis en évidence certains autres sujets qu'il faut aborder lorsqu'on évalue la toxicomanie chez les femmes. En plus des énoncés habituels (fréquence, quantité, type, habitudes, conséquences de la consommation, traitements déjà suivis, antécédents familiaux, événements déclencheurs et degré de dépendance), d'autres questions devraient être posées sur les antécédents dans les domaines de la santé physique et de la santé mentale, de la violence physique ou d'autres formes de violence, sur les conditions de logement, les soutiens sociaux, les variables ethnoculturelles, les conditions financières, les questions d'ordre juridique, les études et la vie professionnelle, les événements de la vie, et les buts. On propose deux outils de dépistage pour l'évaluation de la toxicomanie chez les femmes : le *Women's Health and Drug Use Questionnaire* et le test *TWEAK* qui est examiné plus loin. Soulignons cependant qu'il s'agit d'un outil de dépistage bref qui ne peut d'aucune façon fournir une évaluation complète des questions particulières aux femmes. Hodgins et Lightfoot (1988) ont utilisé avec succès le TDEA et le TDAD auprès de délinquantes.

Après avoir passé en revue des ouvrages sur la question, l'*Institute of Medicine* (1990) a conclu « qu'en général, dans les traitements de l'alcoolisme, les hommes et les femmes ayant des caractéristiques sociodémographiques comparables (état matrimonial, emploi, stabilité sociale, etc.) et ayant un problème de gravité équivalente semblent réussir aussi bien les uns que les autres dans le même milieu de traitement » (p. 356). Cependant, ces auteurs, comme ceux que nous avons déjà cités, font remarquer que les problèmes de toxicomanie sont différents chez les

femmes. Par rapport aux problèmes d'alcool, ils soulignent que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de souffrir de troubles affectifs primaires et de maladies du foie, de connaître de l'instabilité dans leur couple et dans leur famille d'origine, d'avoir un partenaire ayant un problème d'alcool, d'avoir une faible estime de soi, de boire lorsqu'elles vivent des événements importants de la vie, d'avoir été victimes de violence sexuelle, d'avoir eu de l'opposition à leur participation à un traitement de la part de la famille et des amis, et d'avoir plus de responsabilités parentales. Lorsqu'on a affaire à des délinquantes, il peut être utile de déterminer lesquelles de ces variables pourraient avoir un effet sur le résultat du traitement, et lesquelles pourraient nécessiter un traitement à elles seules.

Autochtones. La plupart des ouvrages publiés sur l'évaluation et le traitement de la toxicomanie chez les populations autochtones portent sur les Amérindiens des États-Unis (p. ex., Kinney, 1991). Il est difficile de déterminer dans quelle mesure on peut généraliser ces ouvrages aux Autochtones du Canada. Weekes, Morison, Millson et Fettig (1995) ont évalué la validité du *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI) dans les populations autochtones canadiennes. Ils ont obtenu des propriétés psychométriques (coefficient alpha = 0,84) et une structure factorielle (solution à 4 facteurs) semblables à celles qu'on avait obtenues avec des populations de race blanche. Weekes *et al.* (1995) recommandent l'utilisation de la partie de cet instrument qui concerne la toxicomanie auprès des délinquants autochtones. Cependant, l'utilisation du MCMI et d'outils diagnostiques du même genre présente des difficultés que nous soulignerons plus loin. On a aussi utilisé le Questionnaire informatisé sur le mode de vie (QIMV) avec des Autochtones du Canada (Vanderburg, Weekes et Millson, 1994). La Fondation de la recherche sur la toxicomanie a conçu des manuels de traitement adaptés à la situation des populations autochtones (Bohm et Sharma, 1987).

Périodes propices aux évaluations dans les milieux correctionnels

Lorsqu'on évalue la toxicomanie dans la populations carcérale, il est particulièrement important d'adapter le contenu de l'évaluation à la période où on l'effectue. En raison de la

nature du processus d'incarcération, il y a un certain nombre de délais qui s'écoulent entre l'arrestation du délinquant, sa condamnation, son placement dans un établissement correctionnel, sa participation à un traitement et sa mise en liberté. Selon la période où l'évaluation est effectuée au cours de ce processus, un outil d'évaluation peut s'avérer moins efficace, pour diverses raisons. D'abord, dans certains tests, les répondants doivent déclarer s'ils ont consommé des substances intoxicantes - et quelles ont été les conséquences de ce comportement - dans les semaines ou les mois qui ont précédé immédiatement le test. Si le répondant était incarcéré durant cette période, l'évaluation psychométrique n'indiquera pas la gravité réelle du problème, puisque le délinquant n'avait pas accès à certaines substances pendant son incarcération. Par ailleurs, si on évalue le délinquant au début du processus, de sorte que les semaines ayant précédé le test comprennent une période antérieure à son incarcération, il s'écoulera peut-être un long délai avant qu'on offre au délinquant un programme d'intervention. Ainsi, il se peut que les renseignements fournis par le délinquant au moment de l'évaluation, en particulier à propos des connaissances et des attitudes, ne soient plus exacts lorsqu'on commencera le programme de traitement. Enfin, si on modifie les instruments pour les administrer peu avant le début d'un programme de traitement, il se peut que les délinquants ne se souviennent pas exactement des comportements qu'ils ont eus durant la période qui a précédé l'incarcération. On peut remédier à cette dernière difficulté en faisant passer le test à un échantillon de délinquants au moment de l'incarcération, puis au moment où ils commencent à suivre un programme de traitement.

Il semblerait donc raisonnable de proposer qu'on évalue les délinquants selon différentes variables adaptées aux diverses périodes de l'incarcération. L'évaluation initiale complète effectuée au début de la période d'incarcération devrait être axée sur les variables statiques, la consommation de substances intoxicantes et les comportements qui y sont associés, et les conséquences de la consommation. Il serait également utile qu'elle porte sur les connaissances et les attitudes du délinquant par rapport à la toxicomanie, ce qui aiderait à déterminer de façon préliminaire l'intensité du traitement nécessaire. Au Service correctionnel du Canada, cette évaluation initiale complète est effectuée au moyen du QIMV et du Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus. Plus tard dans le processus, peu avant la participation à un traitement, il faudrait évaluer les connaissances et les attitudes du délinquant, puisque ces

variables sont susceptibles de changer dans le milieu correctionnel. L'évaluation effectuée immédiatement après le traitement ne peut fournir des indicateurs utiles, car le délinquant n'a pas le même accès à des substances que lorsqu'il sera mis en liberté. Actuellement, au SCC, ce genre d'évaluation varie selon le traitement offert. L'évaluation la plus complète des changements apportés par le traitement est associée au Programme prélibératoire pour toxicomanes (Lightfoot, 1993; Millson, Weekes et Lightfoot, 1995). Il serait préférable d'attendre après la mise en liberté pour évaluer la toxicomanie et les conséquences qui y sont associées, et c'est ce que nous recommandons.

Notre examen porte en grande partie sur les outils qui servent à l'évaluation initiale complète. Ceux qui offrent des programmes de traitement de la toxicomanie ont souvent élaboré leurs propres ensembles de mesures en fonction des objectifs de leurs programmes. Par exemple, les concepteurs du programme CHOIX (Lightfoot et Boland, 1993) et du Programme prélibératoire pour toxicomanes (Lightfoot, 1993; Millson, Weekes et Lightfoot, 1995), en Ontario, ont mis au point des mesures pour évaluer les domaines visés par leurs interventions respectives. Dans le présent rapport, nous avons examiné les instruments les plus utilisés et les plus souvent validés. Toutefois, nous avons aussi inclus une section sur des outils reconnus qui sont destinés à évaluer des aspects pouvant s'avérer particulièrement utiles pour la planification des traitements. Ces outils peuvent évaluer, par exemple, la motivation au changement, l'auto-efficacité par rapport au succès dans un programme de traitement de la toxicomanie (le sentiment d'avoir la capacité de réussir), les convictions et les attitudes à propos des conséquences (positives et négatives) de la toxicomanie. Nous sommes d'avis qu'il est essentiel de tenir compte de ces variables si l'on veut offrir des programmes efficaces pour traiter la toxicomanie. Il est donc essentiel de les évaluer individuellement.

Instruments d'évaluation

Nous avons choisi d'examiner les instruments décrits ci-dessous parce qu'on les retrouve souvent dans les publications et qu'on dispose de nombreuses de données sur chacun d'eux. En accord avec la distinction importante que nous avons établie entre les outils de dépistage et les inventaires plus détaillés, nous avons séparé notre rapport en plusieurs sections. Dans la

première, nous passons en revue les instruments de dépistage, c'est-à-dire les outils simples conçus pour déceler les problèmes d'alcool ou de drogue. La plupart des concepteurs de ce genre d'outils souhaitent que les personnes chez qui on aura décelé un problème soient ensuite soumises à une évaluation plus approfondie, qui permettra de déterminer la nature du problème et, par la suite, à une autre évaluation qui facilitera la planification du traitement. Idéalement, on recommande une démarche en plusieurs étapes. La deuxième section porte sur les outils - unidimensionnels ou multidimensionnels - qui servent à approfondir la nature du problème décelé. Dans la troisième section, nous examinons les outils qui évaluent des éléments particuliers pouvant être visés par le traitement, par exemple la motivation au changement, l'auto-efficacité par rapport au problème, etc. Dans la quatrième section, nous passons en revue un certain nombre d'outils d'évaluation approfondis. Ces outils dépassent l'évaluation de la nature du problème de toxicomanie et évaluent aussi les points forts et les points faibles dans des domaines connexes, comme la santé, les relations interpersonnelles, etc. Il y a ensuite une brève section sur les tests de laboratoire. Enfin, nous examinons en détail les indicateurs de la toxicomanie de l'instrument de détermination et d'analyse des besoins que le SCC utilise à l'admission des délinquants et à leur mise en liberté.

Il est parfois difficile de déterminer si on devrait classer un outil dans la catégorie des outils de dépistage ou dans celle des outils d'évaluation (p. ex., le MAST). De plus, dans chacune des sous-sections, certains outils portent sur la consommation de plusieurs substances, alors que d'autres portent sur une seule substance, le plus souvent l'alcool; d'autres encore peuvent être adaptés pour être utilisés dans ces deux situations. Dans chaque sous-section, les outils sont présentés en ordre alphabétique.

Nous nous sommes efforcés de donner les renseignements suivants à propos de chaque outil examiné : la qualité statistique et méthodologique de la conception de l'outil; la raison d'être ou prémisse théorique de la conception de l'outil; la structure et contenu de l'outil et méthode de notation utilisée; les données normatives; les propriétés psychométriques (cohérence interne, constance test-retest, validité et structure factorielle); les aspects pratiques liés à l'administration (p. ex. durée du test, niveau d'instruction du répondant *et* formation de

l'examinateur); la capacité de l'outil de faire la distinction entre la consommation problématique et la consommation non problématique; la sensibilité de l'instrument au changement; la capacité de généralisation pour la population carcérale; la possibilité d'intégrer l'outil dans un protocole d'évaluation global. Mentionnons que nous n'avons pu trouver ces renseignements que pour un petit nombre des outils examinés. En outre, n'ayant pu obtenir les guides d'administration de certains outils, nous nous sommes aperçus qu'on avait déterminé certaines propriétés psychométriques, mais nous n'avons pas été en mesure de fournir des valeurs précises. Nous avons inclus tous les renseignements dont nous disposions.

Outils de dépistage

Rappelons que l'objectif des outils de dépistage est de déceler la présence (ou la présence probable) d'un problème de toxicomanie. Par souci d'efficacité, il semble important que ces outils soient brefs et faciles à administrer et que les résultats soient faciles à noter; on pourra alors consacrer plus de temps à établir et à quantifier la nature du problème si l'outil décèle la présence d'un problème. Tous les instruments qualifiés d'outils de dépistage par leur concepteur ne répondent pas à ce critère de brièveté. Nous avons choisi d'examiner en détail les outils qui sont brefs et simples. Nous donnons ensuite un aperçu des tests de dépistage plus longs dans une sous-section sommaire qui se trouve à la fin de la section sur les outils de dépistage.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Conçu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS; Babor, de la Fuente, Saunders et Grant, 1992), ce test est une échelle de 10 questions visant à repérer les personnes qui font une consommation d'alcool néfaste pour leur santé. La durée du test est d'environ deux minutes seulement. Les questions portent sur la consommation (fréquence, épisodes de consommation excessive), les symptômes de dépendance (incapacité de cesser, consommation dès le réveil, amnésies passagères, culpabilité) et les problèmes associés à la consommation d'alcool (perturbation des activités normales, blessures infligées à soi ou à autrui, inquiétude exprimée par les autres). Elles ont été choisies en fonction des définitions de dépendance à l'alcool et d'utilisation nocive fournies dans la Classification internationale des maladies -10^{e} révision

(CIM-10; Organisation mondiale de la santé, 1992). L'expression « utilisation nocive » est considérée équivalente au terme « abus » utilisé dans d'autres systèmes de classification du domaine de la santé mentale comme le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). La période de référence est l'année précédant le test, bien que certaines questions ne précisent aucune période de temps et soient donc moins sensibles au changement que les autres. Les réponses sont notées sur une échelle de 5 ou 6 points, selon la question (de 0 à 4 ou de 0 à 5); un score de 8 ou plus indique la présence d'un problème d'alcool. Le test peut être administré par écrit ou oralement. Pour déterminer de façon plus précise la nature du problème, on a parfois recours à un test de laboratoire et à des questions sur la santé physique pour compléter les renseignements fournis par le répondant. L'un des plus importants avantages de cet outil est qu'il a été élaboré à partir de données ayant permis de repérer des buveurs à risque élevé dans une étude effectuée dans six pays; il a donc une certaine validité interculturelle. En outre, il possède de bonnes propriétés psychométriques - fiabilité (test-retest et cohérence interne), validité (de contenu et de construct, prédictive et concourante) et données normatives (Sobell *et al.*, 1994). Les données normatives ont été établies en fonction de gros buveurs et d'alcooliques (Allen et Columbus, 1995). Cherpitel souligne que cet outil possède un degré très élevé de sensibilité (de 0,86 à 0,93) et de spécificité (de 0,82 à 0,89). Sobell *et al.* (1994) indiquent un niveau élevé de sensibilité et de spécificité lorsqu'on utilise le score de référence de huit points, et ils soulignent que le test peut déceler autant les problèmes d'alcool légers ou modérés que les problèmes graves. Bien qu'il ait été conçu pour être utilisé principalement dans le milieu médical, ce test peut être administré à des délinquants, selon Allen et Columbus (1995), dont la recommandation est appuyée par l'OMS (Babor, de la Fuente, Saunders et Grant, 1992).

L'OMS a aussi publié un outil de dépistage, le ***ICD-10 screener***, qui comporte 11 questions correspondant aux 6 critères du syndrome de dépendance à l'alcool ou à la drogue précisés dans la Classification internationale des maladies, 10^{e} révision : fortes envies, difficulté de contrôler la consommation, sevrage, tolérance, négligence à l'égard des activités courantes, poursuite de la consommation malgré les conséquences négatives. Si le répondant remplit au moins trois des six critères, on conclut qu'il souffre d'une certaine dépendance.

Le test CAGE

Conçu par Ewing et Rouse (1970), le test CAGE comporte quatre questions et présente l'avantage d'être très court – il faut environ une minute pour l'administrer. Kinney (1991) fait remarquer que, pour les fins d'un dépistage rapide, ce test est le plus efficace, et il semble qu'il soit beaucoup utilisé par les professionnels de la santé (Allen et Columbus, 1995). Le répondant doit dire s'il a déjà eu le sentiment qu'il devrait réduire sa consommation d'alcool, s'il a déjà été contrarié parce que quelqu'un a critiqué le fait qu'il consommait de l'alcool, s'il s'est déjà senti coupable de boire, et s'il lui est déjà arrivé de prendre un verre dès le réveil. On attribue un point à chaque réponse positive, et un résultat de deux ou plus suggère la présence d'un problème d'alcool. C'est habituellement le clinicien qui fait passer le test oralement. Cherpitel (1997) a constaté que cet outil a un degré très élevé de sensibilité (de 0,68 à 0,89) et de spécificité (de 0,85 à 0,91); Cooney *et al.* (1990) et Kinney (1991) font remarquer que la sensibilité se situe généralement entre 60 et 95 %, et la spécificité entre 40 et 95 %; Kitchens (1994) a constaté un écart encore plus grand entre les valeurs. Inciardi (1994) souligne toutefois qu'avec deux réponses positives, le test permet de repérer 75 % des alcooliques et d'éliminer 96 % des non-alcooliques; c'est pourquoi il recommande d'adopter le score de référence de deux réponses positives. On ne dispose pas de données sur la fiabilité du test (Kitchens, 1994). On a critiqué le *CAGE* parce qu'il n'évalue pas la consommation actuelle ni le niveau de consommation (fréquence, quantité, habitudes). Il serait toutefois possible de préciser une limite de temps afin d'évaluer la consommation au cours d'une période plus rapprochée et de permettre au test de déceler le changement; ainsi, les questions pourraient porter sur le dernier mois ou les six derniers mois. On dispose de données sur la cohérence interne et sur la validité (prédictive et concourante). On a aussi des données normatives (Allen et Columbus, 1995). Inciardi (1994) laisse entendre qu'on peut facilement modifier le test pour évaluer la consommation de substances autres que l'alcool simplement en changeant les mots appropriés dans les trois premières questions et en remplaçant la quatrième question par la suivante : « Avez-vous déjà pris une drogue pour modifier les effets d'une autre drogue? »* ou « Avez-vous déjà consommé de la drogue dès le réveil pour vous calmer? »*.

---

* Partout dans le texte, les passages marqués d'un astérisque constituent une traduction libre.

Alcohol Clinical Index (ACI)

L'ACI (Skinner, Holt, Sheu et Israel, 1986) est un inventaire de 54 questions conçu pour aider les professionnels de la santé à déceler les problèmes d'alcool chez les patients. Il comporte quatre sections : signes cliniques (p. ex., démarche, brûlures de cigarette); antécédents médicaux (p. ex. « Avez-vous souvent mal à la tête à votre réveil? »*); questionnaire sur la consommation d'alcool (p. ex. « Combien de jours au cours d'un mois normal *n'avez-vous pas* consommé de boisson alcoolisée? »*) et questions du test CAGE (vues ci-dessus); indicateurs précoces et facteurs de risque (p. ex. inquiétude des membres de la famille à propos de la consommation d'alcool du patient, ou dispute à ce sujet). Les questions du test ont été choisies à partir d'une quantité d'énoncés; on a retenu celles qui avaient le mieux réussi à déceler la consommation d'alcool dans un échantillon canadien et à établir une distinction entre les clients des consultations externes ayant un problème d'alcool, les buveurs mondains et les clients des unités de médecine familiale. Les données sont recueillies au moyen d'un test papier-crayon, d'une entrevue et d'un examen physique. On recommande que les professionnels de la santé qui font passer le test aient reçu une formation. L'administration du test nécessite cinq minutes. La notation est faite à la main (aucune version informatisée encore). Allen et Columbus (1995) font état des travaux qui ont été faits sur la cohérence interne et sur la validité de critère (prédictive et concourante). Il y a des données normatives qui se rapportent à la population générale. Pour ce qui est d'établir une distinction entre les alcooliques et les buveurs mondains, l'étude ayant servi à la conception de l'outil a révélé une sensibilité de 75 %, une spécificité de 93 % et une précision globale de 84 %. En outre, les questions de l'ACI ont été plus efficaces pour détecter les problèmes d'alcool que les marqueurs biologiques (Skinner *et al.*, 1986).

Michigan Alcohol Screening Test (MAST)

Conçu par Selzer en 1981, le MAST est un questionnaire d'auto-évaluation qui comporte 25 questions auxquelles le répondant doit répondre par « oui » ou « non ». On attribue 2 ou 5 points aux réponses positives, selon les questions. Voici des exemples de questions : « Avez-vous déjà été hospitalisé à cause de votre consommation d'alcool? »* et « Avez-vous déjà eu des ennuis au travail à cause de votre consommation d'alcool? »*. On recommande que les

répondants possèdent une capacité de lecture du niveau de la septième année (Inciardi, 1994). Le test peut être administré en 5 à 7 minutes et fournit un score unique. Le MAST est souvent intégré à des inventaires plus globaux ou à des entrevues structurées. On dispose de données sur la fiabilité et la validité auprès de diverses populations; la cohérence interne se situe entre 0,83 et 0,95, et le coefficient de fiabilité test-retest entre 0,84 et 0,97 (Kitchens, 1994); on obtient des valeurs plus faibles lorsque l'intervalle est plus long. L'échantillon de référence original était composé uniquement d'hommes et couvrait une plage d'âges étendue; ces hommes étaient issus de populations cliniques et de populations non cliniques. Grâce à la popularité du MAST, on dispose de données sur de nombreuses populations spéciales, y compris la population carcérale (Millson, Weekes et Lightfoot, 1995; Swett, 1984). Avec certains échantillons, le MAST présente un niveau de spécificité de 95 % et un niveau de sensibilité de 98 % (Kinney, 1991), mais avec d'autres, la sensibilité se situe entre 71 et 100 %, et la spécificité entre 81 et 96 % (Kitchens, 1994). On a critiqué le MAST pour sa transparence (validité apparente), mais cette critique pourrait s'appliquer aussi bien à la plupart des outils d'évaluation que nous examinons dans le présent rapport. En outre, la version actuelle du MAST semble être peu sensible au changement, puisque la plupart des questions commencent par « Avez-vous déjà... »; cependant, il serait facile de modifier les questions pour qu'elles portent sur une période déterminée. Certaines analyses factorielles ont révélé la présence de quatre et de six facteurs (Parsons, Wallbrown et Meyers, 1994); la structure à quatre facteurs a été constatée dans plusieurs échantillons, y compris un groupe de délinquantes (Saltstone, Halliwell et Hayslip, 1994). Toutefois, le MAST est généralement considéré comme un instrument unidimensionnel.

L'échantillon qui a servi à la validation originale était composé de 526 personnes : des alcooliques hospitalisés, des personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies ou qui avaient accumulé plusieurs points de démérite pour conduite avec facultés affaiblies, des personnes condamnées pour ivresse et inconduite, et un échantillon de contrôle.

Le MAST comporte plusieurs variantes : le ***Brief MAST*** (bMAST), qui comporte 10 questions, le ***Short MAST*** (SMAST), qui en comporte 13, et le ***Malmo*** modification (Mm-MAST), qui comporte 9 questions. Ces versions plus courtes pourraient sembler plus

appropriées pour le dépistage que le test original de 25 questions, mais Cherpitel (1997) a constaté que le bMAST n'a pas un niveau élevé de sensibilité (mais une spécificité élevée, dont la valeur atteint 0,99) avec certains échantillons, en particulier les Afro-Américains. Le ***G-MAST*** a été élaboré par Blow, Young, Hill, Singer et Beresford (1991) pour être utilisé avec les personnes âgées. Le ***Veterans Alcoholism Screening Test*** (VAST; Magruder-Habib, Harris et Fraker, 1982) est aussi une variante du MAST; il permet de déceler les problèmes d'alcool sur plusieurs périodes dans le temps. Ainsi, pour chaque question, le répondant doit indiquer une réponse par rapport à l'année qui a précédé le test, à la période qui va de un à cinq ans auparavant, et à la période de plus de cinq ans auparavant.

Enfin, on a conçu le ***Self-Administered Alcoholism Screening Test*** (SAAST; Swenson et Morse, 1975), qui comporte 35 questions, pour une utilisation plus générale dans les milieux médicaux. Il existe deux exemplaires : l'un pour recueillir des renseignements du client, et l'autre pour recueillir des données d'un ami ou d'un membre de la famille. On examine les domaines suivants : perte de contrôle, perturbation de la vie professionnelle et de la vie sociale, conséquences physiques, conséquences affectives, inquiétude exprimée par les autres, antécédents familiaux de problèmes d'alcool. Les deux versions peuvent être administrées sous forme de test papier-crayon ou par ordinateur. Il faut environ 5 minutes pour remplir le questionnaire. Aucun formation spéciale n'est nécessaire pour l'examinateur.

Des travaux ont été effectués sur la cohérence interne, la validité prédictive et la validité concourante, ainsi qu'une analyse factorielle pour la confirmation des domaines examinés. On dispose aussi de données normatives sur différents groupes d'âge des deux sexes.

Trauma Scale

Conçue par Skinner, Holt, Schuller, Roy et Israel (1984), cette échelle est très brève (5 questions) et vise à évaluer les blessures associées à la consommation d'alcool (abus ou dépendance; Kinney, 1991). Le point de référence temporel est le suivant : « Depuis votre 18^{e} anniversaire... ». Voici des exemples de questions : « Avez-vous déjà été blessé dans un accident de la route? »* et « Vous êtes-vous déjà blessé à la tête? »*. Lorsque le répondant donne

au moins deux réponses positives, cela laisse entendre qu'il a un problème d'alcool. Les questions sont habituellement posées oralement au cours d'une entrevue. Cet outil présente un taux de spécificité de 81 % et un taux de sensibilité de 68 % pour distinguer les personnes qui font un usage excessif d'alcool des buveurs mondains dans les services de consultations externes. La précision globale est de 74 %. Pour déceler la surconsommation chez les clients des unités de médecine familiale, la précision globale est de 70 %, la sensibilité de 67 % et la spécificité de 70 %. Cherpitel (1997) a constaté des valeurs semblables. Kinney (1991) recommande l'utilisation de cet outil et le qualifie d'outil de dépistage très efficace, bien que les concepteurs de l'échelle suggèrent de l'utiliser dans les milieux médicaux en combinaison avec des tests en laboratoire. L'utilisation combinée de ces deux outils semble augmenter considérablement la spécificité et la sensibilité. Pour l'utiliser auprès de la population carcérale, on pourrait établir comme période de référence « dans les six mois précédant votre incarcération... ».

Health Screening Questionnaire (HSQ)

Existant aussi dans une forme modifiée sous le nom de ***Health Screening Survey*** (HSS; Fleming et Barry, 1991), cet outil a été conçu par Wallace et Haines (1985). Les deux instruments ont plutôt été élaborés comme des questionnaires généraux sur le mode de vie (comme le QIMV). Nous parlerons principalement du HSS pour les besoins de notre examen. Le facteur qui a motivé ses concepteurs à élaborer le HSS est qu'ils estimaient que les personnes ont tendance à cacher leurs problèmes de toxicomanie lorsqu'elles sont interrogées directement sur cette question. Ils croyaient que si l'on intégrait des questions sur la drogue et l'alcool à un inventaire plus global comprenant une variété de questions liées à la santé, comme le tabagisme, la condition physique et l'alimentation, la validité des réponses pourrait en être augmentée, puisque les questions n'entraîneraient pas le même degré de défensive ou de dénégation que des questions directes. Dans la section du HSS qui concerne l'alcool, on a incorporé les questions du *CAGE*, des questions sur la consommation durant les trois derniers mois, la *Trauma Scale*, des questions additionnelles sur la perception qu'a le répondant de ses problèmes d'alcool actuels ou antérieurs, et une question sur les inquiétudes communiquées au client par son médecin à propos de sa consommation d'alcool.

La validation psychométrique du HSS a été effectuée avec trois sous-échantillons de clients de centres de traitement de la toxicomanie et de centres de soins primaires et avec les membres de leur famille. Pour les deux échantillons des centres de traitement, la sensibilité se situait entre 0,95 et 0,96; pour l'autre échantillon, on a obtenu 0,78. La spécificité se situait entre 0,70 et 0,80 pour les trois échantillons. Les changements qu'on a apportés à l'outil n'ont pas vraiment modifié ces valeurs. Les comparaisons entre les sexes indiquent que les deux versions ont une forte cohérence interne dans les échantillons de femmes des centres de toxicomanie, mais que la fiabilité est légèrement plus grande pour les hommes de l'échantillon des soins primaires. Dans les échantillons des centres de traitement, les deux versions du HSS ont révélé une plus grande sensibilité et une plus grande spécificité pour les femmes, mais dans l'échantillon des centres de soins primaires, on a noté une plus grande sensibilité chez les hommes; la spécificité était pratiquement la même pour les deux sexes dans l'échantillon des soins primaires. Dans l'ensemble, le HSS a permis de déceler correctement 95 % des clients alcooliques dans les programmes de traitement, et 78 % dans l'échantillon des soins primaires. En révisant l'outil, on a amélioré la spécificité tout en ne sacrifiant pas la sensibilité. Malgré des propriétés prometteuses, le HSS est un peu long comme outil de dépistage initial, et il n'est pas suffisamment détaillé pour être considéré comme un outil d'évaluation global. En outre, il est peut-être moins facilement applicable au milieu correctionnel qu'aux milieux médicaux généraux pour lesquels il a été conçu au départ.

TWEAK, T-ACE et Four P's

Conçu par Russell (1994) comme une modification du *CAGE*, le *TWEAK* est un outil de dépistage de la consommation d'alcool comportant cinq questions et qui est destiné spécialement aux femmes enceintes. Les questions portent sur la tolérance, la réaction des proches, la prise d'alcool dès le réveil, les amnésies passagères et le désir de réduire la consommation. On attribue un ou deux points aux réponses positives, selon les questions, et un score total d'au moins deux indique que la répondante est une buveuse à risque. Comme le *CAGE*, ce questionnaire est administré au cours d'une entrevue. Cooney *et al.* (1995) ont constaté que cet outil s'est avéré plus sensible que le *CAGE* ou le MAST dans un grand échantillon composé de femmes

afro-américaines, ce qui donne du poids à son utilisation auprès des femmes et auprès d'au moins un groupe ethnique minoritaire. Cherpitel a également constaté un niveau acceptable de sensibilité (de 0,83 à 0,91) et de spécificité (de 0,81 à 0,86) dans un échantillon des États-Unis composé de personnes provenant de cultures et de milieux géographiques différents. Sobell *et al.* (1994) soulignent que l'outil présente une bonne validité prédictive et une bonne validité concourante, bien qu'aucune étude de fiabilité n'ait été faite. L'avantage du *TWEAK* par rapport aux autres outils de dépistage est qu'il prend le présent comme point de référence temporel, plutôt que de fonder le diagnostic principalement sur des variables historiques.

Le *T-ACE* (Sokol, Martier et Ager, 1989) est une autre modification du CAGE et vise aussi à évaluer la consommation à risque élevé chez les femmes enceintes. Comme le *TWEAK*, le *T-ACE* évalue la tolérance, le désir de réduction de la consommation et la prise d'alcool dès le réveil. Mais au lieu d'évaluer la réaction des proches, il évalue la contrariété face à la réaction des proches. L'élément des amnésies passagères n'est pas inclus.

Le test *Four P's* (Ewing, 1992) comporte quatre questions et a été conçu pour être utilisé avec les femmes. Il évalue la consommation de substances des parents de la répondante, de son partenaire, les problèmes de consommation antérieurs et la consommation durant une grossesse (Cooney *et al.*, 1995).

Allen et Columbus (1995) font remarquer qu'on a utilisé le *TWEAK* chez les femmes en âge de procréer, et non seulement chez les femmes enceintes. Il serait donc intéressant de vérifier la validité du *T-ACE* et du *Four P's* dans des conditions semblables. Ainsi, dans certaines circonstances, on pourrait utiliser ces outils avec un échantillon de délinquantes.

Autres mesures de dépistage

Plusieurs mesures ont été conçues spécialement pour poser des diagnostics fondés sur les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R; DSM-IV, American Psychiatric Association) ou de la Classification internationale des maladies (CIM-10, Organisation mondiale de la santé, 1992). Il s'agit habituellement d'entrevues structurées administrées par des cliniciens, qui évaluent un grand éventail de problèmes psychiatriques et

psychologiques. Mentionnons quelques-uns de ces outils : ***Structured Clinical Interview for Diagnosis*** (SCID), connu aussi sous le nom de ***Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders*** (PRISM; Spitzer et Williams, 1987); ***Revised Diagnostic Interview for Children and Adults*** (DICA-R; Reich *et al.*, 1990); ***Diagnostic Interview Schedule*** (DIS; Robbins, Cottler et Keating, 1989); ***Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule*** (AUDADIS; Grant et Hasin, 1992; Grant, 1996). En outre, le ***Minnesota Multiphasic Personality Inventory*** (MMPI; MacAndrew, 1965) et le ***Millon Clinical Multiaxial Inventory*** (MCMI; Millon, 1977) contiennent des sous-échelles qui évaluent la consommation de substances. Toutefois, ces instruments sont longs à administrer et ils ont été conçus pour être utilisés principalement avec les personnes souffrant de troubles mentaux. Pour ces raisons, ce ne sont pas des outils idéaux à utiliser pour le dépistage dans la population carcérale ou pour la planification des traitements, bien que certains aient déjà été utilisés dans le système de justice pénale (p. ex. le DIS; Breteler, Van Den Hurk, Schippers et Meerkerk, 1996; et le MCMI; Weekes, Moser et Langevin, 1997).

Le ***Munich Alcoholism Test*** (MALT; Feuerlein, Ringer, Kofner et Antons, 1977) a été conçu comme outil diagnostique. Cependant, il existe peu d'ouvrages sur son utilisation. De même, on a conçu le ***Quantitative Inventory of Alcohol Disorders*** (QIAD; Ridley et Kordinak, 1988) comme outil d'auto-évaluation (22 questions), pour évaluer la fréquence et la quantité de la consommation, ainsi que les problèmes liés à l'alcool dans les domaines professionnel, physiologique, juridique, affectif et social. Ses propriétés psychométriques semblaient prometteuses et l'échelle avait une assez bonne capacité discriminante, mais le test n'a pas été commercialisé et on dispose de peu de renseignements à part ceux qui avaient été établis à l'aide du petit échantillon de référence original.

Mentionnons enfin le ***Substance Abuse Subtle Screening Inventory*** (SASSI; Miller, 1985), un test papier-crayon de 78 questions (également en version informatisée). On a conçu cet inventaire pour diminuer les possibilités de falsification des réponses. Selon les concepteurs, le test obtient de très bons résultats à cet égard. Allen et Columbus (1995) font remarquer que le SASSI réussit à déceler le premier stade de la surconsommation chez les personnes qui ne se

sont pas encore avoué leur problème. Pour certaines questions, le répondant doit répondre vrai ou faux. Pour d'autres, il doit indiquer une fréquence sur une échelle de quatre points. Voici des exemples de questions : « Je prends toutes mes responsabilités au sérieux »* et « Combien de fois vous êtes-vous senti déprimé après avoir dessoûlé? »*. En tant qu'outil de dépistage, le SASSI a l'inconvénient d'être long. En outre, jusqu'à présent, il n'est pas mentionné dans beaucoup d'ouvrages. On pourrait cependant le recommander comme outil de recherche complémentaire pour examiner la question des réponses malhonnêtes dans les mesures de consommation de substances. Comme nous l'avons déjà dit, ce point s'avère pertinent dans la population carcérale.

Outils servant à préciser la nature du problème de toxicomanie

Comme nous l'avons vu à la section précédente, la plupart des outils de dépistage comportent une certaine mesure de la consommation d'alcool et des conséquences néfastes qui y sont associées. Dans cette section, nous passerons en revue certains outils qui mesurent également ces variables, mais qui le font de façon beaucoup plus détaillée et qui permettent donc de brosser un portrait beaucoup plus exhaustif de l'ampleur et de la nature du problème. Un certain nombre d'outils qui mesurent les conséquences évaluent le « syndrome d'alcoolo-dépendance ». Ce concept, défini pour la première fois par Edwards et Gross (1976), comprend les éléments suivants : restriction du répertoire des comportements vis-à-vis de l'alcool, comportement d'appétence, tolérance accrue à l'alcool, symptômes de sevrage récurrents, soulagement ou évitement des symptômes de sevrage par la prise d'alcool, conscience subjective du besoin compulsif de prendre de l'alcool, et propension à la rechute après des périodes d'abstinence. L'alcoolo-dépendance est considérée comme le sous-ensemble le mieux quantifié du concept plus général que constituent les « conséquences de la consommation d'alcool ou de drogue ». Des mesures ont été conçues pour évaluer d'autres domaines de « conséquences »; ces domaines sont considérés comme importants particulierièment pour la motivation et la prévention de la rechute. Bien que ces autres domaines semblent moins bien établis, nous en examinerons quelques-uns ci-dessous.

Méthodes utilisées pour mesurer la consommation d'alcool

Méthode quantité-fréquence (QF)

La QF est l'une des méthodes les plus simples pour mesurer la consommation de substances intoxicantes, et elle est utilisée le plus souvent pour évaluer la consommation d'alcool. Dans sa forme la plus simple, cette méthode comporte deux questions : « Au cours des _____ derniers jours, combien de jours avez-vous consommé de l'alcool? »* et « Les jours où vous avez pris de l'alcool, combien de consommations avez-vous prises en général? »*. On précise à quoi correspond une consommation standard (p. ex. une consommation équivaut à douze onces de bières, à cinq onces de vin ou à une once et demie de spiritueux), tout comme dans les autres méthodes décrites dans cette section. On insère souvent les questions de la QF dans des échelles courtes ou dans des inventaires plus détaillés (comme l'ASIST); on peut aussi poser ces questions à propos de types particuliers de boisson. Il faut au plus deux minutes pour poser les questions, et certains travaux ont été faits sur la fiabilité et la validité de cet outil (Miller *et al.*, 1995). Le « *One-minute alcohol consumption history* » de Skinner (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, septembre 1992) en est un spécimen type et donne des exemples de ce qui constitue une consommation standard. Sobell *et al.* (1994) critiquent cette méthode parce qu'elle est axée sur les jours de consommation moyenne et qu'elle ne détecte pas toujours les épisodes de consommation excessive, qui sont importantes sur le plan clinique. On critique aussi cette méthode à cause de son insensibilité relative au changement (FRT, 1998). Cependant, l'idée générale d'évaluer la quantité et la fréquence sert de base à la plupart des autres méthodes de mesure de la consommation qui seront examinées ci-dessous, et il serait assez simple d'intégrer à ces outils un indicateur des épisodes de consommation excessive. Il existe également certains travaux sur la fiabilité de l'utilisation de la QF au sein de la population carcérale (McMurran, Hollin et Bowen, 1990).

Mentionnons que Wilkinson, Leigh, Cordingley, Martin et Lei (1987) ont établi un genre de mesure de QF pour quantifier la polytoxicomanie. Le *Psychoactive Drug Use History Questionnaire* a été conçu à partir de l'analyse statistique de données sur des sujets qui ont été évalués avant un programme de traitement de la toxicomanie. Ce questionnaire est administré

sous forme d'entrevue et permet de recueillir des renseignements sur le nombre de mois de consommation au cours de la dernière année, la fréquence habituelle de consommation pendant cette période, le nombre habituel de consommations par jour, la dose habituelle, ainsi que d'autres commentaires sur la consommation. On peut utiliser cette méthode à plusieurs reprises pour évaluer diverses catégories de drogue et chaque drogue appartenant à ces catégories. Les concepteurs de cet outil ont constaté de grands écarts entre les réponses relatives aux différentes catégories de drogue et soulignent donc l'importance de faire une évaluation séparée pour chaque drogue. L'analyse typologique a confirmé les différences entre les catégories de drogue sur les plans de la consommation, de nombreuses variables démographiques et des scores obtenus au MAST (examiné ci-dessous) et au Test de dépistage de l'abus de drogue (TDAD; examiné plus loin).

Lifetime Drinking History (LDH)

Skinner (1979) est le concepteur de cet outil, qui est une entrevue au cours de laquelle le client fournit des renseignements sur sa consommation, depuis qu'il a commencé à boire jusqu'à maintenant. On peut aussi diviser cette période en périodes plus courtes. Cet outil permet de recueillir des données sur la fréquence et la quantité ainsi que sur la consommation« moyenne » et « maximale ». En outre, l'intervieweur note aussi le genre d'alcool consommé et indique si le client a l'habitude ou non de boire le matin dès son réveil (FRT, 1998). L'entrevue dure environ vingt minutes, et le nombre de questions dépend du nombre de périodes visées par l'évaluation. Les intervieweurs doivent avoir suivi une formation. Les résultats de l'entrevue sont calculés manuellement. Des travaux ont été effectués pour déterminer la constance test-retest ainsi que la validité de contenu et de concept. Il existe aussi des normes sur la population en général. Si l'on présume que les antécédents en matière de consommation d'alcool permettent de prévoir les résultats du traitement, les probabilités de rechute ou les risques de récidive criminelle (voir Partie I), les données recueillies au moyen de cette entrevue pourraient s'avérer utiles dans les milieux correctionnels. En outre, Allen et Columbus (1995) précisent qu'on peut utiliser cet outil pour motiver le client à suivre un traitement en établissant avec lui un diagramme de son profil de consommation. On peut facilement évaluer aussi les épisodes de consommation excessive en

demandant au client le nombre de jours où il a pris cinq consommations ou plus (quatre pour les femmes) en une seule occasion (Wechsler, Davenport *et al.*, 1994).

Journal

Le journal peut servir à évaluer la consommation d'alcool et de drogue. Le client prend note des consommations au moment même où il les prend, ce qui a pour avantage qu'il n'a pas à se fier à sa mémoire (Sobell *et al.*, 1994). Miller *et al.* (1995) font état des propriétés psychométriques valables qui sont associées à cette stratégie. Cependant, comme la collecte de données sur les délinquants se fait le plus souvent de façon rétrospective, cette méthode ne semble pas très utile.

Timeline Followback Procedure (TLFB)

Sobell, Maisto, Sobell et Cooper (1979) ont conçu cet outil, qui consiste en une entrevue structurée (le répondant peut aussi utiliser cette méthode seul, puisqu'il existe une version informatisée; Allen et Columbus,1995, recommandent de produire les résultats par ordinateur). Au cours de l'entrevue, l'intervieweur tente de reconstruire le profil de consommation d'alcool du client au cours d'une période déterminée (p. ex. un mois) en utilisant certaines méthodes mnémotechniques : calendrier, dates clés et événements importants, tableau d'équivalences de la consommation standard, périodes d'abstinence et épisodes de consommation excessive, limites supérieure et inférieure de la consommation, et technique de l'exagération (consistant à suggérer au client une quantité d'alcool supérieure à celle qu'il est susceptible d'avoir consommée afin de l'inciter à donner une réponse honnête). L'entrevue ou l'auto-administration peut durer de dix à trente minutes, selon la période de temps visée. On a fait état de données sur la fiabilité et la validité de cette approche, ainsi que de données normatives (Miller et coll., 1995; Sobell *et al.*, 1994); la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1998) indique que cet outil présente « un très bon coefficient de fiabilité [particulièrement pour la constance test-retest] et de validité auprès de différents groupes de buveurs comprenant des hommes, des femmes, des alcooliques chroniques et des buveurs excessifs » (p.11), bien qu'il n'existe aucune donnée relativement à son utilisation auprès de membres d'autres cultures (p.11). Les études de validité ont permis

d'établir une forte corrélation entre la TLFB et les données officielles sur les arrestations et les hospitalisations associées à l'alcool et sur les séjours pour des programmes de traitement en établissement (*r* variant entre 0,42 et 0,93); une corrélation aussi entre la TLFB et des marqueurs physiologiques comme les fonctions hépatiques; une forte corrélation entre la TLFB et d'autres mesures des problèmes d'alcool comme le TDEA et le SMAST (*r* variant entre 0,51 et 0,62); et une forte corrélation avec les déclarations des proches du client (*r* variant entre 0,52 et 0,95). Allen et Columbus (1995) résument et confirment également les propriétés psychométriques satisfaisantes de la TLFB, et ils indiquent que cet outil est utile pour révéler au client les habitudes associées à son problème d'alcool et pour lui fournir un retour d'information. Il existe des données normatives pour diverses populations (p. ex. étudiants, échantillons de la collectivité, clients des consultations externes), mais pas pour les populations carcérales. Comme la TLFB fait appel aux souvenirs du client sur une période donnée, elle peut être très sensible au changement des habitudes de consommation. Elle permet de tenir compte de la possibilité que le client ait été incarcéré pendant certaines périodes et peut donc être de quelque utilité dans les milieux correctionnels lorsqu'il faut établir un profil détaillé de la consommation du délinquant. Il existe aussi une version informatisée de cet outil (Allen et Columbus, 1995).

En résumé, les méthodes utilisées pour mesurer la consommation d'alcool ont comme principal avantage qu'elles permettent de recueillir des renseignements très directs et exacts sur le comportement du client. Toutefois, pour la population carcérale, l'utilisation de ces méthodes peut présenter des difficultés dans certaines circonstances. Ainsi, comme les substances intoxicantes sont considérées comme des objets interdits dans les établissements correctionnels, il y a peu de chances que les détenus fassent part de leur consommation d'alcool ou de drogue. De même, ces méthodes ne seraient probablement pas utiles pour évaluer les habitudes de consommation postérieures à la mise en liberté, étant donné qu'on impose souvent au délinquant de s'abstenir de consommer de l'alcool et de la drogue comme condition de sa mise en liberté. Si un délinquant déclare qu'il a consommé une de ces substances, il risque de voir sa liberté suspendue. En outre, les méthodes servant à mesurer la consommation sont difficilement applicables aux substances autres que l'alcool, car il est presque impossible de préciser une mesure « étalon » en raison de la variabilité de la pureté des drogues illicites; par conséquent, on

peut évaluer la *fréquence* de la consommation, mais il est difficile d'évaluer la *quantité* consommée. Enfin, il n'est pas certain que toutes les drogues s'équivalent; si une personne qui consommait de l'héroïne tous les jours remplace cette drogue par de la marijuana et continue à faire usage d'héroïne à l'occasion, doit-on considérer que sa situation est la même, qu'elle s'est aggravée ou qu'elle s'est améliorée? En général, il est difficile d'évaluer le comportement des personnes qui font un usage simultané de plusieurs drogues. On a élaboré certains outils d'évaluation complets et détaillés pour y parvenir : *Psychoactive Drug Use History* (Wilkinson *et al.*, 1987), *TOPS Drug Use Patterns* (French, Zarkin, Hubbard et Rachal, 1993; Hubbard *et al.*, 1986), *Alcohol and Drug Use Patterns and Problems* (utilisé dans l'étude sur les résultats des traitements de la toxicomanie en Ontario, Ogborne, 1991).

(Short) Alcohol Dependence Data (SADD)

L'ADD (Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983) est un test papier-crayon de 39 questions (pouvant aussi être administré sous forme d'entrevue) conçu pour évaluer tous les aspects du syndrome d'alcoolo-dépendance chez les populations qui ont une dépendance légère ou moyenne. On a choisi les questions en fonction de leur capacité de mesurer le syndrome d'alcoolo-dépendance décrit par Edwards et Gross (1976), ce qui donne à cet outil un coefficient élevé de validité de contenu. Dans ce test, chaque énoncé est coté sur une échelle de 4 points (de 0 à 3) selon la fréquence de l'occurrence.

La version abrégée, le SADD, comprend 15 questions et est censée se concentrer sur certains aspects du syndrome d'alcoolo-dépendance (Allen et Columbus, 1995). Le coefficient de corrélation entre les deux tests est de 0,92, et on utilise maintenant beaucoup plus souvent la version abrégée. Le score total peut varier de 0 à 45. Les répondants sont classés dans l'un des quatre groupes suivants : aucune dépendance (score de 0), faible dépendance (de 1 à 9), dépendance moyenne (de 10 à 19), forte dépendance (20 et plus). La période de référence correspond aux habitudes de consommation les plus récentes. Voici des exemples de questions : « Planifiez-vous vos journées en fonction des moments et des endroits où vous pourrez boire? »* et « Vous arrive-t-il de constater après coup que les choses effrayantes que vous avez vues après avoir bu à l'excès n'étaient que le fruit de votre imagination? »*. La durée de l'entrevue ou de

l'auto-administration est de deux à cinq minutes; l'intervieweur n'a pas à suivre une formation spéciale. On dispose de données sur la fiabilité de cet outil (Sobell *et al.*, 1994), mais pas sur la cohérence interne. Les corrélations entre les questions s'échelonnent entre 0,47 et 0,81, la corrélation d'homogénéité est de 0,87 et le coefficient de fiabilité test-retest varie de 0,81 à 0,92 (FRT, 1998). L'analyse factorielle confirme que le SADD mesure un seul concept. Il existe de fortes corrélations entre le SADD et le SADQ (de 0,81 à 0,83), l'TDEA (0,61), la consommation d'alcool (0,53), le SMAST (0,49) et l'*Alcohol-Related Problems Questionnaire* (0,38), mais pas entre le SADD et les analyses de sang ou des fonctions hépatiques (nous parlerons plus loin des problèmes liés à l'interprétation des marqueurs biochimiques). On a montré que le SADD possède une bonne validité discriminante; ainsi, il a permis d'établir une distinction entre les buveurs mondains et les alcooliques. Nous supposons que cet outil devrait être sensible au changement, mais nous ne disposons pas de données pour étayer cette hypothèse. On a utilisé le SADD auprès d'hommes et de femmes adultes et auprès de jeunes contrevenants de sexe masculin (McMurran et Hollin, 1989; McMurran, Hollin et Bowen, 1990), et les propriétés psychométriques sont demeurées à peu près les mêmes (coefficient de fiabilité test-retest de 0,87 à 0,88; corrélation d'homogénéité de 0,85).

Drinking Consequences Checklist Interview

Cet outil (Polich, Armor et Braiker, 1981) comporte 19 questions « oui/non » qui déterminent les symptômes de sevrage, les symptômes d'intoxication extrême, les efforts pour réduire la consommation d'alcool, les conséquences de la consommation - dans les domaines professionnel, juridique, médical et social -, les épisodes de consommation excessive, ainsi que les traitements qui ont été suivis par le répondant au cours des six mois précédents. En outre, le répondant peut inscrire dans une zone prévue à cette fin les problèmes qui *ne* sont *pas* directement évalués dans les autres questions. Les concepteurs ne recommandent pas d'élaborer une échelle numérique à partir de l'évaluation des conséquences. Cet outil sert principalement à vérifier si le « problème d'alcool » est encore présent après le traitement. Ils considèrent que la présence d'une seule conséquence est un indicateur d'un « problème d'alcool ». Par conséquent, dans sa forme originale, ce questionnaire n'est peut-être pas particulièrement utile pour faire une évaluation quantitative des délinquants toxicomanes.

***Manson Evaluation Revised* (ME)**

Le ME (Manson et Huba, 1987) est un outil d'auto-évaluation de 72 questions qui évalue diverses variables psychologiques (anxiété, dépression, labilité, relations interpersonnelles) en plus de la consommation de substances intoxicantes. Il faut entre cinq et dix minutes pour administrer le test, et les résultats peuvent être calculés par ordinateur. L'avantage de l'utilisation du logiciel est que celui-ci génère un profil du client et produit un indice de probabilité de la propension du client à l'alcoolisme. On dispose de données normatives sur un échantillon non clinique d'hommes et de femmes provenant de la collectivité de Los Angeles (Inciardi, 1994). Le coefficient de cohérence interne est de 0,87 pour cet échantillon. Pour ce qui est de la validité, la détermination de scores de référence différents selon le sexe a permis de diagnostiquer correctement 79 % et 84 % d'alcooliques chez les hommes et les femmes respectivement, et 71 des 72 questions ont permis d'établir une distinction entre les alcooliques et les non-alcooliques. Malgré ces propriétés prometteuses, on ne retrouve pas souvent le ME-Revised dans les ouvrages qui portent sur la toxicomanie ni, à notre connaissance, dans les publications sur la criminologie.

***Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ)**

Le SADQ (Stockwell, Hodgson, Edwards, Taylor et Ranking, 1979; Stockwell, Murphy et Hodgson, 1983) est un questionnaire papier-crayon de 20 questions conçu pour évaluer le syndrome d'alcoolo-dépendance. Il comprend cinq sous-échelles : sevrage physique, sevrage affectif, prise d'alcool pour soulager les effets du sevrage, consommation d'alcool, et rapidité de la rechute. Les répondants indiquent sur une échelle de quatre points à quelle fréquence ils ressentent chacun des symptômes énumérés, pendant ou après les périodes de forte consommation d'alcool. Le score total peut se situer entre 0 et 60; un score supérieur à 30 indique une dépendance grave. Cependant, cet outil semble moins sensible que le TDEA ou le SADD dans les cas de dépendance légère. Il existe des versions abrégées et des versions informatisées (Sobell *et al.*, 1994). Voici des exemples de questions : « Pendant les périodes où je bois beaucoup, je me sens au bord du désespoir à mon réveil »* et « Pendant les périodes où je bois beaucoup, j'aime prendre un verre dès mon réveil »*. Il faut cinq minutes pour répondre au questionnaire, et l'examinateur n'a pas à suivre de formation spéciale.

Les auteurs précisent que l'un des avantages du SADQ est que les résultats ne sont relativement pas influencés par le statut socio-économique des répondants parce que les questions concernent des symptômes que peuvent ressentir *tous* les buveurs. Des travaux ont été effectués sur la cohérence interne, la validité de contenu et la validité prédictive (Miller *et al.*, 1995), ainsi que sur la constance test-retest (intervalle de deux semaines, 0,85) et la validité concourante. On a constaté une corrélation de 0,84 entre les scores du SADQ et les diagnostics de dépendance posés par les cliniciens (Stockwell *et al.*, 1983). Ces derniers ont constaté que lorsqu'on utilise un score de référence de 35, les résultats du SADQ correspondent au diagnostic binaire d'un clinicien dans 82 % des cas. En outre, on a observé une corrélation entre l'auto-évaluation des envies et la quantité d'alcool consommée durant une journée type de consommation excessive (0,81; Stockwell *et al.*, 1983) et les symptômes cliniques de sevrage (Miller *et al.*, 1995). Selon l'analyse factorielle, un facteur unique rend compte de 53 % de la variance. L'échantillon original qui a servi à la conception et à la validation comprenait 104 hommes et femmes anglophones qui se sont présentés pour recevoir un traitement pour l'alcoolisme dans un hôpital, un service de consultations externes ou une clinique communautaire. Le questionnaire comportait à l'origine 33 questions, puis, après une série d'analyses factorielles, on a réduit ce nombre à 20. On a ensuite soumis chacune des sous-échelles à une autre analyse factorielle pour confirmer l'existence d'un seul facteur. La corrélation entre les sous-échelles est très élevée, résultat auquel s'attendaient les concepteurs étant donné la cohésion théorique du syndrome d'alcoolo-dépendance. On dispose de normes sur des personnes à la recherche d'un traitement dans un hôpital, dans une unité de consultations externes ou dans une clinique communautaire; ces échantillons provenaient de différents pays (Allen et Columbus, 1995). Ces derniers laissent entendre que ce questionnaire est utile pour évaluer les chances de réussite des candidats qui souhaitent contrôler leur consommation d'alcool et pour prévoir la gravité probable des symptômes de sevrage durant la période d'abstinence. Comme le SADQ utilise comme point de référence une période de forte consommation, il n'est pas sensible aux changements postérieurs au traitement et n'est donc utile que dans le contexte d'une évaluation. En Amérique du Nord, ce questionnaire a été largement supplanté par le TDEA, qui est conçu à peu près de la même façon.

***Severity of Dependence Scale* (SDS)**

La SDS (Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall et Strang,1995) est un court questionnaire d'auto-évaluation papier-crayon. Il a été conçu comme une version plus générale de la *Severity of Opiate Dependence Scale* (SODS, Sutherland, Edwards, Taylor, Phillips et Gossop, 1986), qui était elle-même fondée sur le SADQ. Cet outil s'intéresse principalement à l'aspect psychologique de la dépendance. Il ne compte que cinq questions. En voici deux : « Aviez-vous l'impression que vous n'étiez pas capable de contrôler votre consommation de (nom de la drogue)? »* et « Est-ce que la perspective de sauter une dose vous rendait anxieux ou inquiet? »*. Les répondants indiquent leurs réponses sur une échelle de quatre points. La période de référence est la dernière année. Les scores s'échelonnent de 0 à 15.

L'échantillon qui a servi à la conception et à la validation de l'échelle était formé de cinq échantillons (1 312 sujets au total) comprenant des consommateurs d'héroïne, de cocaïne et d'amphétamines. L'analyse factorielle a confirmé l'aspect fortement unidimensionnel de cet outil. Dans les cinq échantillons, le coefficient alpha de Cronbach variait de 0,81 à 0,90. Pour ce qui est de la validité concourante, les scores de la SDS étaient liés à la durée de la consommation (de 0,24 à 0,30), à la fréquence de consommation (de 0,42 à 0,46) et à la dose (de 0,24 à 0,25) pour les trois principaux types de drogues consommées. Ces propriétés psychométriques respectables ont été confirmées par d'autres études (Topp et Mattick, 1997). Des analyses de la courbe d'efficacité ont indiqué que la SDS est aussi utile pour établir un diagnostic de dépendance à la drogue que certains autres outils diagnostiques plus détaillés (Topp et Mattick, 1997).

Test de dépendance envers l'alcool (TDEA)

Le TDEA est l'un des outils les plus utilisés pour mesurer les symptômes de l'alcoolo-dépendance. Cette échelle a été conçue par Skinner et Horn (1984) à partir de questions extraites d'un inventaire plus détaillé, intitulé *Alcohol Use Inventory*, au moyen d'une analyse factorielle. Cette série de questions constituaient un facteur permettant d'évaluer le concept d'alcoolo-dépendance défini par Gross et Edwards (1976). Le TDEA est un questionnaire

papier-crayon auto-administré (il existe une version informatisée, et le test a aussi été incorporé dans des outils informatisés plus détaillés) qui utilise comme période de référence les 12 derniers mois (cette période a été modifiée lorsqu'on a inclus l'échelle dans des outils plus élaborés, comme le QIMV). Il faut entre cinq et dix minutes pour répondre au questionnaire, et l'examinateur n'a pas à suivre une formation spéciale. Le TDEA comprend 25 questions (il y en avait d'abord 29; la corrélation entre les deux versions varie de 0,96 à 0,99). Voici des exemples de questions : « Buvez-vous toute la journée? » et « La dernière fois que vous avez bu, quelle quantité avez-vous consommée? ». Les réponses sont cotées sur une échelle de 2, 3 ou 4 points (de 0 à 3). Le score total varie de 0 à 47. On peut classer les répondants dans les groupes suivants selon le résultat obtenu : dépendance nulle (0), faible (de 1 à 13), moyenne (de 14 à 20), importante (de 22 à 30), et grave (de 31 à 47). Ross, Gavin et Skinner (1990) indiquent qu'un score de référence situé entre 8 et 9 correspond au diagnostic d'abus ou de dépendance défini dans le DSM.

Le TDEA présente une excellente cohérence interne (de 0,85 à 0,92; 0,94 pour les détenus) et une bonne constance test-retest (0,92). Les scores du TDEA sont en corrélation avec le degré de psychopathologie et les conséquences néfastes de la consommation d'alcool. Pour ce qui est de la validité discriminante, 88 % d'un échantillon testé ont été correctement classés (FRT, 1998). L'analyse factorielle a révélé qu'un groupe de questions principalement unidimensionnelles permettent de déceler les symptômes de sevrage et que deux facteurs moins importants servent à évaluer la perte de contrôle et la consommation obsessionnelle-compulsive (FRT, 1998). Il y a une corrélation assez élevée entre, d'une part, les scores du TDEA et, d'autre part, le MAST (0,69), plusieurs sous-échelles de l'AUI (Skinner et Allen, 1982), et le nombre de symptômes du DSM (de 0,58 à 0,73). En outre, les scores de cet outil sont en corrélation avec de nombreux problèmes psychologiques, médicaux et juridiques, ainsi qu'avec les sentiments subjectifs de perte de contrôle de la consommation d'alcool. Les relations entre les scores du TDEA et l'issue du traitement n'ont pas été établies de façon concluante, mais on a constaté des relations avec la rechute postérieure au traitement (Langenbucher, Sulesund, Chung et Morgenstern, 1996). Certains ont critiqué cet outil parce qu'il est axé principalement sur la dépendance physiologique et a une corrélation significative avec plusieurs mesures de

désirabilité sociale et de déni de la réalité. Cependant, il faut avouer qu'on n'a pas évalué cette corrélation dans beaucoup d'outils; il n'est donc pas évident qu'il soit même possible de concevoir une mesure de la toxicomanie qui ne tienne aucun compte de la notion de désirabilité sociale. À notre connaissance, il n'existe pas de données publiées sur la sensibilité du TDEA au changement, bien que les questions soient construites de façon que, dans une période de temps donnée, le TDEA puisse déceler des changements de comportement et de symptôme. Il existe des données sur des populations de délinquants de sexe masculin (Hodgins et Lightfoot, 1989; Miller *et al.*, 1995; Millson, Weekes et Lightfoot, 1995; Sobell *et al.*, 1994; Weekes, Moser et Langevin, 1997).

Test de dépistage de l'abus de drogue (TDAD)

Le TDAD, conçu en 1982 par Skinner, comptait au départ 28 questions, mais on utilise le plus souvent la version de 20 questions (le coefficient de corrélation entre les deux versions est de 0,99; Skinner, 1982); il y a aussi une version abrégée de 10 questions. Même si on a pris comme modèle les questions du MAST, le TDAD est axé sur la consommation de drogues autres que l'alcool; il a été conçu pour être utilisé dans des milieux cliniques et pour des fins de recherche. Cet outil sert donc à évaluer les symptômes de la dépendance à la drogue, mais il permet aussi d'évaluer d'autres conséquences qui ne sont pas liées à ce diagnostic. Les questions du TDAD portent sur la fréquence et le type de consommation, les symptômes de sevrage et de dépendance, les conséquences physiques et juridiques, les conséquences sur le travail, la vie familiale et la vie sociale, le sentiment de culpabilité et les traitements suivis antérieurement. Voici des exemples de questions : « Avez-vous déjà fait un usage abusif de médicaments sur ordonnance? » et « Vos parents ou votre conjoint ont-ils déjà critiqué votre consommation de drogues? ». On utilise comme période de référence les douze derniers mois (bien que, tout comme pour le MAST, on ait modifié cette période pour adapter le questionnaire à des milieux particuliers, comme le Service correctionnel du Canada, qui utilise comme période de référence les six mois ayant précédé l'arrestation du délinquant). On recommande que le client possède une capacité de lecture du niveau de la sixième année pour subir le test (Inciardi, 1994). On attribue un point à chaque réponse positive; lorsque le score est de cinq ou plus, il est recommandé de

faire une évaluation plus approfondie. La recherche a révélé que les scores faibles sont associés à la consommation d'alcool, les scores moyens à un usage simultané d'alcool et de drogues, et les scores élevés à la consommation de substances autres que l'alcool. La durée du test est d'environ cinq minutes. Le test peut être administré par un clinicien ou rempli manuellement ou à l'ordinateur par le répondant.

On a constaté un taux de spécificité de 96 %, un taux de sensibilité de 79 % (Kinney, 1991; Sobell *et al.*, 1994) et un taux global de précision de 85 % (Inciardi, 1994). Le TDAD présente une excellente cohérence interne dans la plupart des échantillons (de 0,86 à 0,95; Inciardi, 1994; Saltstone, Halliwell et Hayslip, 1994; Skinner, 1982), mais les valeurs semblent moins élevées dans certains échantillons de consommateurs de stupéfiants (0,74). Le test possède une bonne validité de contenu et de concept, et les analyses en composantes principales ont révélé la présence d'aspects unidimensionnels et d'aspects multidimensionnels (Saltstone, Halliwell et Hayslip, 1994). Cependant, le concepteur du test (Skinner, 1982) considère généralement qu'il s'agit d'un outil unidimensionnel. Les scores du TDAD sont en corrélation significative avec la fréquence de consommation d'une grande variété de substances (de 0,35 à 0,55), le nombre de drogues consommées actuellement (0,29), les antécédents de consommation (de 0,35 à 0,55) et les problèmes de consommation perçus par les clients eux-mêmes (0,30). Les résultats du TDAD sont également liés aux diagnostics d'abus de substances fondés sur le DSM (de 0,74 à 0,75) ainsi qu'à plusieurs symptômes décrits dans le DSM (0,71). Cependant, le TDAD *n'a pas* une forte corrélation avec les mesures d'alcoolo-dépendance comme le MAST (r = 0,41; Saltstone, Halliwell et Hayslip, 1994) et le TDEA, mais il permet d'établir une distinction entre les personnes qui consomment uniquement de l'alcool, celles qui consomment seulement des drogues et celles qui font un usage combiné d'alcool et de drogues (FRT, 1998). Les scores du TDAD sont liés à la fréquence de la consommation de drogues (de 0,19 à 0,55, selon la drogue consommée), à un certain nombre de domaines de la psychopathologie (p. ex. la dépression : 0,31, la déviance sociale : 0,54, l'impulsivité : 0,42, les idées de persécution : 0,35), ainsi qu'à un certain nombre de variables démographiques et historiques (p. ex. la classe sociale : -0,31, la stabilité sociale : -0,27, les événements stressants de la vie : 0,28) (Skinner, 1982). Contrairement au TDEA, le TDAD ne

semble pas être fortement corrélé avec les mesures de biais dans les réponses (corrélations modérées avec la désirabilité sociale [de -0,31 à -0,38] et avec le déni de la réalité [de 0,13 à 0,28]). Aucune étude n'a fait état de données précises sur la sensibilité du TDAD au changement, mais le contenu des questions laisse supposer qu'il serait possible de mesurer le changement. La structure factorielle et la nature unidimensionnelle générale de l'outil ont été validées auprès d'un certain nombre de populations dont des groupes de délinquantes (Saltstone, Halliwell et Hayslip, 1994). On dispose de données normatives sur des populations d'hommes et de femmes qui consomment de la drogue au Canada (Inciardi, 1994), et on accumule une importante base de données sur la population carcérale au Canada (Lightfoot et Boland, 1993; Millson, Weekes et Lightfoot, 1995; Weekes, Moser et Langevin, 1997) et sur certaines populations des États-Unis (voir Singer, Bussey, Song et Lunghofer, 1995; rapport sur l'utilisation d'une version abrégée du TDAD auprès de délinquantes).

Outils servant à évaluer des variables liées aux objectifs de traitement

***Drinker Inventory of Consequences* (DrInC)**

Conçu par Miller, Tonigan et Longabaugh (1994), cet inventaire permet d'obtenir des données sur cinq différents domaines de problèmes qui peuvent être survenus au cours de la vie aussi bien qu'au cours des trois derniers mois. Il s'agit d'un inventaire papier-crayon auto-administré qui peut être rempli en dix minutes environ. L'examinateur, qui doit avoir reçu une brève formation, met cinq minutes pour calculer les résultats. Les cinq sous-échelles portent sur les conséquences de la consommation d'alcool sur les plans physique, intrapersonnel et interpersonnel, et sur les plans des responsabilités sociales et du contrôle des impulsions. Mentionnons que ces sous-échelles n'ont pas été confirmées par l'analyse factorielle effectuée sur les données normatives. On les a toutefois retenues, car elles facilitent l'interprétation clinique. Pour chaque énoncé, le répondant doit dire si cela lui est déjà arrivé (oui ou non), et combien de fois cela lui est arrivé au cours des trois derniers mois (sur une échelle de 4 points). Ainsi, on peut voir si le répondant a eu ces problèmes à un moment ou l'autre de sa vie, et l'outil est sensible aux changements. Voici des exemples d'énoncés : « Des membres de ma famille ou des amis se sont inquiétés ou se sont plaints de ma consommation d'alcool »* et « Le fait de boire m'a aidé à voir la vie sous un meilleur jour »*.

Pour élaborer les énoncés, les concepteurs se sont inspirés de leur expérience clinique et de consultations avec des collègues travaillant dans le même domaine. Des études récentes révèlent une bonne cohérence interne (le coefficient alpha du score total variant entre 0,90 et 0,94; celui des sous échelles entre 0,60 et 0,86) et une bonne constance test-retest (score total : 0,93; sous-échelles : de 0,79 à 0,96). On a constaté une corrélation modérée ou élevée entre les scores du DrInC et un certain nombre de variables critères, comme les sous-échelles de l'AUI, l'inventaire de dépression de Beck, certaines sous-échelles de l'ASI, et la consommation d'alcool (la plupart des coefficients de corrélation se situant entre 0,30 et 0,60). Il semble bien que le DrInC permette d'explorer des domaines qui ne sont pas évalués par les mesures de consommation d'alcool et d'alcoolo-dépendance, ce qui laisse supposer que les « problèmes d'alcool » constituent un domaine qui doit être évalué séparément (Miller *et al.*, 1995). Allen et Columbus (1995) recommandent l'utilisation de cet outil tant pour la planification du traitement que pour l'évaluation des résultats du traitement. On ne dispose pas actuellement de méthode informatisée pour le calcul des résultats ou l'interprétation. Les données normatives proviennent d'hommes et de femmes, hospitalisés ou non, présentant des problèmes d'alcool, dans plusieurs États américains; les normes établies pour ces sous-groupes sont à la disposition des examinateurs (Miller, Tonigan et Longabaugh, 1994). Il existe une version abrégée du questionnaire, le *Short Index of Problems* (SIP); ses propriétés psychométriques ne sont pas aussi bonnes, surtout pour ce qui est de la cohérence interne. En outre, il existe plusieurs formes parallèles ainsi qu'un inventaire correspondant appelé *Inventory of Drug Use Consequences* (InDUC); on n'a apporté que des modifications mineures à la version originale pour que le questionnaire porte sur la consommation de drogues.

***Alcohol Expectancy Questionnaire* (AEQ)**

Cet outil, conçu par Brown, Goldman, Inn et Anderson (1980), est un questionnaire papier-crayon (il existe aussi une version informatisée, mais les résultats ne peuvent être calculés par ordinateur). L'AEQ mesure les attentes du répondant par rapport aux conséquences positives de la consommation d'alcool. Selon Allen et Columbus (1995), il s'agit de la mesure des attentes la plus utilisée dans les milieux de la recherche et dans les cliniques (p. 214). Le répondant peut

répondre lui-même au questionnaire en 20 à 30 minutes, ou encore celui-ci peut lui être administré par un clinicien. Le répondant doit dire s'il est d'accord ou s'il n'est pas d'accord avec 90 énoncés. Six facteurs ont été extraits : changements positifs globaux; plaisir social et physique; amélioration de l'activité sexuelle; augmentation de l'affirmation de soi; diminution du stress ou relaxation; augmentation de la stimulation et de l'agressivité. Les énoncés ont été tirés d'une compilation de 120 déclarations textuelles d'hommes et de femmes qui avaient des antécédents divers en matière de consommation d'alcool (depuis les personnes qui n'en consomment pas aux alcooliques chroniques). Voici des exemples des énoncés : « Quand je consomme de l'alcool, j'ai plus confiance en moi »* et « La consommation d'alcool m'aide à mieux dormir »*. Cet outil d'évaluation s'avère efficace pour déceler les habitudes de consommation actuelles, pour prévoir les habitudes futures, et pour prévoir si le client poursuivra son traitement jusqu'à la fin et s'il aura une rechute après le traitement. À cet égard, l'AEQ peut être utile comme mesure prédictive avant la mise en liberté du délinquant. En outre, il existe une forte corrélation entre l'AEQ et d'autres mesures des problèmes d'alcool, comme le MAST. Ses propriétés psychométriques sont généralement bien établies à l'échelle internationale (Allen et Columbus, 1995). Parmi les variantes de l'AEQ, mentionnons l'***Alcohol Effects Questionnaire*** de Rohsenow (1983), qui compte 40 questions « vrai/faux » et qui évalue les conséquences positives et négatives de la consommation d'alcool, et l'***Alcohol Beliefs Questionnaire*** de Collins, Lapp, Emmons et Isaac (1990), dans lequel le répondant doit indiquer s'il est d'accord ou non avec 40 énoncés sur l'usage d'alcool (Miller *et al.*, 1995; Sobell *et al.*, 1994).

Negative Alcohol Expectancy Questionnaire **(NAEQ)**

Le NAEQ (McMahon & Jones, 1993) est un questionnaire d'auto-évaluation comportant 60 énoncés (il peut être administré sous forme de test papier-crayon ou d'entrevue ou par ordinateur). Il vise à évaluer dans quelle mesure le répondant prévoit qu'il se produirait des conséquences négatives s'il prenait un verre maintenant. On mesure les conséquences attendues le jour même (conséquences proximales) et le lendemain (conséquences distales), ainsi que les conséquences attendues à long terme (conséquences distales) si la consommation d'alcool est maintenue au niveau actuel. Voici des exemples d'énoncés du questionnaire : « Je me bagarrerais

avec quelqu'un »*, « J'aurais la gueule de bois »* et « Je m'endetterais »*. Les répondants indiquent sur une échelle de 5 points dans quelle mesure ils estiment que les conséquences se produiraient. La durée du test est de 15 à 20 minutes. Aucune formation n'est exigée de l'examinateur. Il existe aussi une version abrégée de 22 questions. Des travaux psychométriques ont été effectués sur la constance test-retest, la corrélation d'homogénéité et la cohérence interne, ainsi que sur la validité prédictive, la validité concourante et la validité du concept. On dispose de données normatives, et l'échantillon de référence est représentatif d'un vaste ensemble de buveurs (depuis les personnes qui ne consomment pas d'alcool jusqu'aux buveurs mondains, aux personnes qui recommencent à boire après un traitement et à celles qui s'abstiennent de boire après un traitement) (Allen et Columbus, 1995).

Un des avantages de cet outil est qu'il permet de générer une évaluation sommaire quantitative et une évaluation qualitative pouvant servir à personnaliser le traitement; les énoncés du questionnaire peuvent s'avérer sensibles aux changements, en tant qu'objectifs de traitement. Un des inconvénients est que cet outil est axé essentiellement sur les conséquences négatives. Or, de nombreuses études sur le traitement de la toxicomanie ont démontré qu'il est nécessaire d'examiner les conséquences positives.

***Drinking Expectancy Questionnaire* (DEQ)**

Le DEQ (Young et Knight, 1989) est un questionnaire papier-crayon comprenant 80 énoncés qui évaluent les conséquences qu'attend le répondant de sa consommation d'alcool; les 9 sous-échelles portent sur les domaines suivants : affirmation de soi, changements sur le plan affectif, amélioration de l'activité sexuelle, amélioration des compétences sociales, relaxation, déficiences cognitives, dépendance, insouciance, et agressivité. Voici quelques exemples d'énoncés du questionnaire : « Consommer de l'alcool me rend plus optimiste face à l'avenir »* et « Consommer de l'alcool me donne le sentiment d'être un raté »*. Il faut 30 minutes pour remplir le questionnaire et 15 minutes pour calculer les résultats. Le répondant peut le remplir et calculer son score lui-même. Ainsi, aucune formation n'est nécessaire.

Les énoncés du DEQ ont été conçus à partir d'entrevues réalisées auprès de consommateurs d'alcool, d'un examen de travaux expérimentaux sur les attentes liées à la consommation d'alcool, et de mesures connexes existantes. Ces questions ont été mises à l'essai auprès d'échantillons assez importants d'étudiants et de membres de collectivités de la Nouvelle-Zélande. Elles ont été épurées au moyen d'analyses factorielles, et des sous-échelles ont été créées. Lors de la conception du questionnaire, on a effectué des analyses de la cohérence interne (le coefficient alpha s'échelonnait entre 0,73 et 0,94 pour toutes les sous-échelles sauf celle de l'agressivité). Allen et Columbus (1995) rendent compte des travaux qui ont été effectués depuis sur la validité (validité de contenu, validité prédictive, validité concourante et validité de concept). Ils recommandent d'utiliser le DEQ pour la planification du traitement et pour mesurer les progrès accomplis au cours du traitement (Allen et Columbus, 1995). Si les attentes liées à la consommation d'alcool constituent un des objectifs du traitement, le DEQ semblerait permettre de déceler les changements. De plus, comme on peut voir dans les exemples d'énoncés susmentionnés, le DEQ tient compte des conséquences positives et des conséquences négatives. D'autres outils qui sont examinés dans cette section ont fait l'objet de critiques parce qu'ils sont axés uniquement sur l'un ou l'autre aspect.

Le DEQ constitue en fait la première des deux parties du *Drinking Expectancy Profile*. La deuxième étant le *Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire (DRSEQ)*, une échelle de 31 énoncés visant à évaluer l'auto-efficacité du répondant face à la consommation d'alcool. Le répondant indique sur une échelle de 6 points dans quelle mesure il est confiant de pouvoir résister à l'envie de prendre de l'alcool dans 31 situations données. Les trois sous-échelles portent sur la pression sociale, les occasions qui se présentent spontanément de prendre de l'alcool, et le défoulement sur le plan émotif. Voici des exemples de situations qui sont proposées au répondant : « Quand vos amis sont en train de boire »* et « Quand vous vous sentez frustré »*. Comme pour le DEQ, le répondant peut remplir lui-même le questionnaire et calculer les résultats. Les échantillons de référence et les données psychométriques sont identiques à ceux du DEQ.

Outils servant à mesurer la volonté de restreindre sa consommation d'alcool

Si l'on estime nécessaire de mesurer les tendances des personnes à vouloir contrôler leur consommation d'alcool, c'est qu'on croit que ce genre de contrôle est caractérisé par un conflit entre l'impulsion à boire et les efforts pour résister à cette impulsion, et que ce conflit peut constituer un signe précoce de risque élevé de problèmes d'alcool (Allen et Columbus, 1995). Cette théorie découle en partie des travaux effectués dans le domaine des restrictions alimentaires, dans lesquels on a constaté que ces restrictions peuvent exposer les personnes qui s'y soumettent à manger trop ou à connaître des épisodes d'alimentation excessive. Ainsi, les outils servant à mesurer les restrictions dans le domaine de la consommation d'alcool peuvent servir à repérer les personnes à risque, qui, autrement, ne seraient pas repérées par les outils qui évaluent la consommation d'alcool réelle, les comportements qui y sont associés et les conséquences subies jusqu'ici. À cet égard, les mesures servant à évaluer les restrictions peuvent jouer le rôle d'outils de dépistage en quelque sorte, mais elles peuvent aussi être utiles pour déterminer les variables à cibler dans les traitements.

Nous avons choisi d'examiner quatre échelles de restriction de la consommation. La ***Restrained Drinking Scale*** (RDS; Ruderman et McKirnan, 1984) est un questionnaire papier-crayon qui comprend 23 énoncés conçus pour évaluer les préoccupations du répondant par rapport à la maîtrise de sa consommation d'alcool. Ce questionnaire est fondé sur le concept de restriction cognitive du modèle de manquement à l'abstinence de Marlatt et Gordon. Il faut 10 minutes pour répondre au questionnaire et aucune formation spéciale n'est nécessaire pour l'examinateur. Les répondants indiquent sur une échelle de 9 points dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à eux. Voici des exemples de questions : « Quel genre d'effort devez-vous faire pour contrôler votre consommation d'alcool? »*et « Prenez-vous note du nombre de consommations que vous avez prises afin de limiter délibérément votre prise d'alcool? »*. Les concepteurs de cet outil ont constaté un coefficient alpha de 0,81 pour l'échantillon original composé d'étudiants de premier cycle. Ils ont démontré la validité de cette échelle en mettant en évidence sa corrélation avec le nombre de consommations prises au cours de la dernière année (0,36), de la dernière semaine (0,44) et des trois derniers mois (0,45). On dispose de données

normatives, mais ces normes sont fondées uniquement sur un échantillon d'étudiants de premier cycle de sexe masculin. Les concepteurs affirment que la RDS *n'est pas* un outil diagnostique, mais plutôt un outil servant à mettre la théorie à l'épreuve. Elle peut éventuellement s'avérer utile dans le cadre du processus de traitement.

La ***Drinking Restraint Scale*** (Curry, Southwick et Steele, 1987) est un questionnaire papier-crayon comprenant sept énoncés (p. ex. « Vous sentez-vous coupable après avoir trop bu? »* et « Estimez-vous que vous consacrez trop de temps et d'attention à la boisson? »*), qui est conçu pour mesurer les restrictions liées à la consommation d'alcool. Il faut 5 à 10 minutes pour le remplir. L'analyse factorielle a confirmé la nature unidimensionnelle de cet outil. On a vérifié la cohérence interne et la validité (validité de contenu, validité prédictive, validité concourante et validité de concept). Des normes ont été établies pour les hommes et pour les femmes (Allen et Columbus, 1995).

Le ***Temptation and Restraint Inventory*** (TRI; Collins et Lapp, 1992) est un questionnaire papier-crayon comprenant 15 énoncés. Cet outil est issu de la combinaison de la RDS avec de nouvelles questions destinées à élargir la composante cognitive de la restriction. Le TRI comprend 5 sous-échelles : maîtrise (difficulté de contrôler la consommation), restriction (efforts pour limiter la consommation), émotion (état affectif négatif comme motif de la consommation), préoccupation au sujet de la boisson (projet de réduire la consommation), préoccupation cognitive (pensées à propos de la consommation). Les trois premières découlent d'une analyse factorielle (de la RDS), tandis que les deux dernières ont été conçues à des fins cliniques ou de recherche. Voici des exemples de questions : « Quand vous voyez d'autres personnes boire, cela vous rappelle-t-il les efforts que vous devez faire pour contrôler votre consommation d'alcool? »* et « Vos réflexions sur la consommation d'alcool nuisent-elles à vos activités quotidiennes? »*. Il faut environ 10 minutes pour remplir ce questionnaire, et l'examinateur n'a besoin d'aucune formation spéciale. Pour élaborer cet outil, les concepteurs ont eu recours aux critères d'analyses factorielles et ont confirmé la validité de critère (en établissant des corrélations modérées avec le SMAST et la consommation d'alcool « habituelle »). On a effectué plus récemment des analyses psychométriques sur la cohérence

interne et la validité prédictive, la validité concourante et la validité de concept. On dispose de normes générales.

L'***Impaired Control Scale*** (ICS; Heather, Tebbutt, Mattick et Zamir, 1993) est un inventaire papier-crayon comportant 25 questions qui visent à évaluer les 3 points suivants : dans quelle mesure le sujet a tenté de contrôler sa consommation d'alcool au cours du dernier mois, dans quelle mesure il a réussi à contrôler sa consommation d'alcool au cours des six derniers mois, et la confiance qu'il a en sa capacité de contrôler sa consommation d'alcool. Voici des exemples de questions : « Au cours des six derniers mois, j'ai essayé de limiter ma consommation d'alcool »* et « Au cours des six derniers mois, j'ai recommencé à boire même si j'avais décidé de ne pas le faire »*. La période de référence est constituée des six derniers mois. Il faut entre 5 et 10 minutes pour remplir ce questionnaire, et l'examinateur doit recevoir une certaine formation (Allen et Columbus,1995).

Les questions ont été tirées de divers outils d'évaluation dont certaines questions portaient sur la notion de « contrôle » de la consommation d'alcool. L'ICS a été soumise à plusieurs étapes d'essai au cours desquelles on a fait une analyse exhaustive des questions et on a mis l'accent sur la capacité discriminante de l'échelle, puisqu'on a eu recours à des échantillons cliniques et à des échantillons non cliniques pour la conception et et la validation de l'échelle. L'ICS a réussi à établir une distinction entre les deux échantillons. On a vérifié la cohérence interne (coefficient de 0,84 à 0,95 pour les trois sous-échelles et l'échantillon composé original), la constance test-retest (de 0,63 à 0,96 pour l'ensemble des sous-échelles et des échantillons) et la validité. Il existe une corrélation modérée entre l'ICS, le SADQ, le SADD et le MAST (de 0,09 à 0,54). Toutefois, l'analyse factorielle (ICS et SADQ) corrobore la nature distincte du concept évalué par l'ICS.

Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale **(AASE)**

L'AASE (DiClemente, Carbonari, Montgomery et Hughes, 1994) est une échelle papier-crayon de 40 questions qui visent à évaluer le niveau de confiance du répondant dans sa

capacité de s'abstenir de boire dans 20 situations courantes très propices à la rechute. Cette échelle est inspirée du concept d'auto-efficacité élaboré par Bandura (1977) et de son application au modèle de prévention de la rechute conçu par Marlatt et Gordon (1985). Pour chaque situation, on a généré une question sur l'efficacité et une question sur la tentation. Chaque question est cotée sur une échelle de cinq points, allant de « pas du tout » à « extrêmement ». Il y a quatre sous-échelles : états affectifs négatifs (exemple de question : « Quand je me sens déprimé »*), activités sociales/états émotifs positifs (p. ex. « Quand je vois d'autres personnes boire dans un bar ou à une réception »*), problèmes physiques ou autres (p. ex. « Quand j'ai mal à la tête »*), sevrage ou envies (p. ex. « Quand je veux mettre à l'épreuve ma force de volonté par rapport à la consommation d'alcool »*). Il faut environ dix minutes pour remplir ce questionnaire, dont les résultats peuvent être calculés rapidement par un membre du personnel (il n'existe actuellement aucune version informatisée pour le calcul des résultats). La cohérence interne et la validité de construct ont été établies, et l'AASE a été utilisée dans des programmes de grande envergure comme *Project MATCH* (Project MATCH Research Group, 1997). Les normes ont été établies en fonction de clients de consultations externes qui consommaient de l'alcool. Cet outil d'évaluation est recommandé pour la planification de traitements personnalisés, l'évaluation des possibilités de rechute et la prévention de la rechute (Allen et Columbus, 1995).

Les concepteurs de l'AASE estiment que cet outil se compare bien au SCQ, soulignant que la version abrégée du SCQ contient 40 questions. Ils ont donc proposé de modifier l'AASE pour en faire une version de 20 questions. On a extrait les « meilleures » questions à l'aide d'analyses psychométriques détaillées - analyse factorielle et modélisation d'équations structurelles - qui ont confirmé la présence d'un modèle à quatre facteurs et d'un modèle composé d'un facteur unique de second ordre, ainsi que l'existence d'une corrélation modérée (-0,65) entre les scores des sous-échelles « tentation » et « efficacité ». Les valeurs de la cohérence interne se situaient entre 0,82 et 0,92 pour les sous-échelles « efficacité », et entre 0,60 et 0,99 pour les sous-échelles « tentation ». La validité de concept a été confirmée par les liens significatifs (quoique faibles) entre les sous-échelles de l'AASE et celles de l'*Alcohol Use Inventory*, et entre l'AASE et la sous-échelle « action » de l'University *of Rhode Island Change*

Assessment (URICA); on s'est fondé sur l'indépendance de l'AASE par rapport à d'autres échelles de ce genre pour étayer la validité divergente de cet outil. La modélisation d'équations structurelles corrobore que la structure de cet outil est semblable pour les hommes et pour les femmes.

***Inventory of Drinking Situations* (IDS)**

Conçu par Annis, Graham et Davis (1987), ce questionnaire papier-crayon (qui peut également être administré par ordinateur) sert à évaluer les raisons qui poussent une personne à consommer de l'alcool et les raisons qui pourraient l'inciter à changer de comportement (Miller *et al.*, 1995). L'IDS contient 100 énoncés que le sujet doit coter sur une échelle de quatre points (allant de « jamais » à « presque toujours ») en fonction de la fréquence à laquelle il a consommé de l'alcool dans la situation donnée au cours de la dernière année. Voici des exemples d'énoncés : « Quand j'ai voulu célébrer quelque chose avec un(e) ami(e) » et « Quand j'ai eu du mal à dormir ». On évalue la consommation dans huit catégories de situations : états affectifs désagréables, états affectifs agréables, états physiques désagréables, mise à l'épreuve de la maîtrise de soi, envies et tentations, conflit avec d'autres personnes, pression sociale, moments agréables passés en compagnie d'autres personnes. On calcule le score pour chaque catégorie, ce qui permet de générer un profil du client qui servira à fixer les objectifs du traitement et à évaluer les progrès réalisés dans chaque catégorie. Fait intéressant, il semble que l'IDS permette de distinguer deux sous-catégories de buveurs : ceux qui sont susceptibles de boire seuls (plus souvent les femmes) et ceux qui sont plus susceptibles de boire dans des rencontres sociales (plus souvent les hommes). Cette distinction s'avère utile pour le jumelage client-traitement, c'est-à-dire qu'on peut offrir des traitements différents à ces deux catégories de buveurs (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998). Il faut entre 15 et 20 minutes pour répondre au questionnaire.

La cohérence interne de chacune des 8 sous-échelles est élevée (de 0.87 à 0,96) et les corrélations entre l'ensemble des questions sont satisfaisantes (de 0,39 à 0,82), même si l'analyse factorielle a révélé une solution à trois facteurs (états affectifs désagréables, états affectifs agréables, mise à l'épreuve de la maîtrise de soi). En ce qui a trait à la validité, on a montré que

les scores des sous-échelles sont liés à la consommation totale et à la consommation habituelle, à la fréquence de consommation, au fait de boire seul, à la durée du problème d'alcool et à l'instabilité sociale.

Une des forces de cet outil est qu'il s'appuie sur un cadre théorique bien établi, soit le modèle de prévention de la rechute conçu par Marlatt et Gordon (1985). L'IDS a été conçu après un examen d'une variété d'échelles et une consultation avec des spécialistes et des clients. Il existe une version abrégée de 42 questions, qui est toutefois recommandée uniquement à des fins de recherche (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998). L'*Inventory of Drug-Taking Situations* (IDTS), qui comprend 50 questions, constitue un outil d'accompagnement (Annis et Graham, 1991). Il existe des versions informatisées de l'IDS. Il y a aussi des données normatives générales. L'IDS a été intégrée au Programme prélibératoire pour toxicomanes (Lightfoot, 1993) et au programme CHOIX (Lightfoot et Boland, 1993) offerts par le Service correctionnel du Canada; on dispose donc de certaines données relativement à des populations carcérales.

***Inventory of Drug-Taking Situations* (IDTS)**

L'IDTS (Annis et Graham, 1991) est un questionnaire d'auto-évaluation de 50 énoncés (offert aussi en version informatisée), qui accompagne l'IDS. Comme celui-ci, l'IDTS s'appuie sur le modèle de prévention de la rechute conçu par Marlatt et Gordon et sert à évaluer les huit mêmes catégories que l'IDS. Toutefois, les concepteurs affirment que les questions peuvent être classées en deux grandes catégories : états personnels et situations mettant en cause d'autres personnes. Voici des exemples des énoncés : « J'ai utilisé [nom de la substance] lorsque j'étais à un endroit où j'avais déjà consommé ou acheté ces drogues » et « J'ai utilisé [nom de la substance] lorsque j'avais l'impression de ne pas avoir été à la hauteur ». L'analyse factorielle a confirmé la présence de huit sous-échelles, et une analyse de second ordre a confirmé une solution factorielle composée des trois facteurs relevés dans les données de l'IDS. Selon le nombre de substances sur lesquelles porte l'évaluation, le temps nécessaire pour remplir le questionnaire varie habituellement de 15 à 45 minutes.

Les valeurs de la cohérence interne se situent, pour chaque sous-échelle, entre 0,59 et 0,92, la plupart dépassant 0,80 pour un échantillon de détenus (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998). Le coefficient de validité varie d'une substance à l'autre, mais en général les sous-échelles sont en corrélation avec la consommation totale (de 0,19 à 0,69), la fréquence de consommation (de 0,20 à 0,44), la consommation habituelle (de 0,20 à 0,38), les scores du TDAD (de 0,20 à 0,51) et les scores du TDEA (pour la consommation d'alcool; de 0,42 à 0,68) (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998). On n'a pas publié de données empiriques sur la sensibilité de l'IDTS au changement, mais le contenu des questions semble permettre la mesure du changement. Il n'existe de données normatives officielles que pour un échantillon limité. Cependant, comme nous l'avons mentionné ci-dessus, on a utilisé cet outil avec des populations de détenus, y compris des jeunes contrevenants (McKay, Murphy, McGuire, Rivinus et Maisto, 1992); avec ces échantillons, les propriétés psychométriques sont demeurées à peu près les mêmes (les coefficients alpha s'échelonnaient entre 0,83 et 0,95, sauf un qui s'établissait à 0,68; il y avait une corrélation modérée entre l'IDTS et la fréquence de consommation; l'outil a permis d'établir une distinction entre différents groupes de drogues). L'IDTS a également été intégré aux programmes CHOIX et PPT offerts par le Service correctionnel du Canada.

***Situational Confidence Questionnaire* (SCQ)**

Le SCQ (Annis et Graham, 1988) est un questionnaire papier-crayon qui comprend 39 énoncés visant à évaluer le sentiment d'auto-efficacité du répondant dans divers types de situations; ces questions ont été tirées des 100 questions de l'IDS et reposent donc aussi sur le modèle de prévention de la rechute conçu par Marlatt et Gordon. Le *Drug Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ), composé de 50 questions, est le pendant du SCQ. Il faut environ 10 minutes pour remplir chacun de ces questionnaires. Les deux échelles, tout comme l'IDS et l'IDTS comptent huit sous-échelles : états affectifs désagréables, états physiques désagréables, états affectifs agréables, mise à l'épreuve de la maîtrise de soi, envies et tentations de boire, problèmes sociaux au travail, pression sociale et moments agréables passés en compagnie d'autrui. On peut grouper ces sous-échelles en trois grandes catégories : états affectifs négatifs,

états affectifs positifs, envies de boire et mise à l'épreuve de la maîtrise de soi. Le répondant indique sur une échelle de six points dans quelle mesure il est persuadé de pouvoir résister à son envie de boire excessivement - 0 %, 20 %, 40 %, 60 %, 80 % ou 100 %. Voici des exemples des situations proposées : « Si quelqu'un se montrait injuste envers moi »* et « Si je rencontrais un ami qui me propose d'aller prendre un verre avec lui »*. On calcule un score moyen pour chaque sous-échelle ainsi qu'un score global pour l'ensemble du questionnaire. On peut générer un profil du répondant qui servira à la détermination d'objectifs de traitement.

Le coefficient de cohérence interne varie de 0,81 à 0,97 pour chaque sous-échelle et s'établit à 0,98 pour l'ensemble du questionnaire. L'analyse factorielle a confirmé l'existence de huit sous-échelles. On a établi des corrélations entre les scores et la consommation (consommation habituelle et consommation totale), l'Échelle de désespoir (-0,37) et l'Inventaire de dépression de Beck (-0,52). Le SCQ permet de distinguer les alcooliques abstinents de ceux qui viennent tout juste de commencer un traitement. Cet outil a une certaine validité prédictive quant au succès d'un traitement, puisqu'on a constaté que les sujets ayant obtenu un faible score dans les sous-échelles ont fait une rechute après le traitement. Le SCQ semble capable de déceler les changements après un traitement et pendant le suivi. On n'a pas établi de corrélation entre cet outil et la désirabilité sociale (FRT, 1998).

Le DTCQ possède d'aussi bonnes propriétés psychométriques que le SCQ; les coefficients alpha des sous-échelles et de l'ensemble du questionnaire varient entre 0,79 et 0,98. On a constaté une corrélation entre les scores du DTCQ et ceux du TDEA, du TDAD, de la SOCRATES, de l'Inventaire de dépression de Beck, de l'Échelle de désespoir et du *Symptom Checklist 90*, ce qui indique une bonne validité de critère et de concept. L'analyse factorielle révèle qu'une solution à trois facteurs est tout indiquée : situations positives, situations négatives et tentations.

Il existe des données normatives pour des populations masculines et féminines. Le SCQ est utilisé dans plusieurs langues (espagnol, swahili, russe et norvégien) (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998). Il existe également des versions informatisées (Sobell *et al.*, 1994).

***Coping Behaviours Inventory* (CBI)**

Le CBI (Litman, Stapleton, Oppenheim et Peleg, 1983) est un questionnaire d'auto-évaluation papier-crayon qui peut être rempli en cinq minutes. Il vise à évaluer dans quelle mesure le répondant a recours à des stratégies d'adaptation pour résister à ses envies de boire. Le client doit indiquer sur une échelle de 4 points (allant de *habituellement* à *jamais*) à quelle fréquence il a recours à chacune des 36 stratégies d'adaptation qui sont énumérées (14 sont de nature cognitive et 22 de nature comportementale); un score faible indique un recours plus fréquent à la stratégie. On peut additionner les points ou calculer une moyenne par informatique. Voici des exemples des stratégies proposées : « Reconnaître que tout n'est pas rose dans la vie, mais que ce n'est pas en buvant que je peux changer les choses »* et « Décider d'arrêter de me raconter des histoires »*.

Les énoncés ont été conçus à partir d'entrevues détaillées qui ont été réalisées auprès de personnes alcooliques au sujet des stratégies qu'elles avaient déjà utilisées pour éviter la rechute. Après des analyses psychométriques, on a retenu les 36 énoncés qui répondaient à certains critères psychométriques. Le CBI permet de faire une distinction entre les personnes qui ont recommencé à boire et celles qui ont réussi à s'abstenir. Ces dernières utilisent normalement un plus grand nombre de stratégies d'adaptation que les autres et elles les utilisent plus fréquemment. Les analyses factorielles confirment l'existence de quatre facteurs : pensée positive, pensée négative, évitement, recherche de soutien social. Les scores élevés sont liés à un plus fort sentiment d'auto-efficacité, à une plus faible tentation de boire, à une plus grande stabilité sociale, à la satisfaction de vivre et à la présence d'un moins grand nombre de problèmes physiques et de problèmes de relations sociales. Le CBI semble permettre de déceler des changements au cours des périodes de traitement. Les données normatives portent surtout sur des échantillons composés d'hommes.

***Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES)**

La toute dernière version de la SOCRATES (Miller et Tonigan, 1996) comprend 19 questions. À l'origine, cette échelle en comptait 40 et était divisée en 5 sous-échelles fondées

sur le modèle des étapes de changement de Prochaska et DiClemente. Les concepteurs expliquent que l'échelle a été soumise à de nombreux essais auprès d'un très grand échantillon ($N > 1\ 700$) de la base de données de *Project MATCH*, ce qui a permis de l'améliorer. Le produit final est constitué de trois sous-échelles : ambivalence, reconnaissance, prise de mesures. Cet outil vise à déterminer à quelle étape en est le répondant. Voici des exemples des énoncés proposés : « J'ai déjà changé mes habitudes de consommation et je cherche des moyens pour ne pas retomber dans mes anciennes habitudes »* et « Je me demande parfois si j'ai vraiment le contrôle de ma consommation d'alcool »*. Les propriétés psychométriques de la SOCRATES sont excellentes. Les coefficients alpha de Cronbach pour les trois échelles se situent entre 0,88 et 0,96, tandis que les coefficients de fiabilité test-retest varient entre 0,83 et 0,99. La solution finale à trois facteurs semble stable. À notre avis, cet outil peut s'avérer très utile pour la planification du traitement et le processus de traitement lui-même.

Il existe d'autres inventaires sur la disponibilité au changement, qui s'appuient aussi sur le modèle de Prochaska et DiClemente. Le *Readiness to Change Questionnaire* (RTCQ; Heather, Gold et Rollnick, 1991), par exemple, est un test papier-crayon comportant 12 questions, qui peut être rempli en deux ou trois minutes. Aucune formation n'est nécessaire pour son administration. Ce questionnaire permet de classer les répondants dans l'une des trois catégories suivantes, qui représentent des étapes de disponibilité au changement : négation, prise de conscience, passage à l'action (qu'on nomme en anglais « precontemplation, contemplation, action »). Voici des exemples des énoncés proposés : « Je ne pense pas que je bois trop »*, « J'aime boire, mais parfois je bois trop »* et « Je suis en train de changer mes habitudes de consommation »*. Des analyses psychométriques ont été effectuées sur la constance entre les examinateurs, la cohérence interne et la validité (validité de contenu, validité prédictive, validité concourante et validité de concept). On a établi des normes à partir d'un échantillon de la population d'un hôpital général composé d'alcooliques (Allen et Columbus, 1995).

Le ***Recovery Attitude and Treatment Evaluator* (RAATE) *Clinical Evaluator* (CE) *and Questionnaire* (QI)** (Mee-Lee, Hoffman et Smith, 1992) constitue en fait deux outils distincts : le CE est une entrevue structurée réalisée par un spécialiste, qui comprend 35 questions, tandis

que le QI est un questionnaire d'auto-évaluation de 94 énoncés « vrai/faux ». Le RAATE est utilisé pour classer un répondant dans le niveau de soins qui correspond à l'étape de disponibilité au changement où il en est. Les deux outils comportent cinq échelles : résistance au traitement, résistance à la poursuite du traitement, gravité des problèmes biomédicaux, gravité des problèmes psychiatriques ou psychologiques, soutien social ou soutien du milieu. Voici des exemples de questions du QI : « Je n'ai pas de maladie qui nécessite un suivi médical »* et « J'ai de graves troubles émotifs qui sont liés à ma consommation d'alcool ou de drogue »*. L'entrevue (CE) dure de 20 à 30 minutes, et l'auto-évaluation (QI) de 30 à 45 minutes. Le coefficient de cohérence interne pour le QI varie entre 0,63 et 0,78, et le coefficient de fiabilité test-retest (24 heures) varie entre 0,75 et 0,87 d'une échelle à l'autre. Le coefficient moyen de constance entre les examinateurs du CE varie de 0,59 à 0,77. Allen et Columbus (1995) ont fait état de valeurs élevées de validité convergente et de validité divergente pour les deux parties du RAATE. On recommande que ceux qui administrent cet outil reçoivent d'abord une formation. Il semblerait que l'outil s'avère pertinent pour mesurer les changements au cours du traitement plutôt qu'après le traitement et pendant la période de suivi (Allen et Columbus, 1995).

En général, les inventaires axés sur la disponibilité au traitement semblent le plus utiles avant le traitement, pour offrir aux clients des interventions bien adaptées à leur situation. Parmi les autres questionnaires qui permettent de mesurer la disponibilité au traitement, mais qui n'ont pas été examinés dans cette étude, mentionnons l'***University of Rhode Island Change Assessment*** (URICA; McConnaughy, Prochaska et DiClemente, 1983) et l'***Alcohol and Drug Consequences Questionnaire*** (ADCQ; Cunningham, Sobell, Gavin, Sobell et Breslin, 1997). Ce dernier outil a été conçu très récemment et possède des propriétés psychométriques très prometteuses, en particulier une bonne capacité de prévoir le succès d'un traitement.

Outils d'évaluation approfondis

***Addiction Severity Index* (ASI)**

L'ASI, conçu par McLellan, Luborsky, Woody et O'Brien (1980), est peut-être l'instrument normalisé le plus utilisé dans le domaine de la toxicomanie. On peut s'en servir pour

évaluer la consommation d'alcool et la consommation de drogue. Cet outil est fondé sur l'hypothèse que pour évaluer efficacement les comportements de dépendance, il faut examiner le contexte du problème, c'est-à-dire les causes et les conséquences (Inciardi, 1994; McLellan *et al.*, 1980). L'édition actuelle, la cinquième (McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom, Pettinati et Argeriou, 1992), est offerte dans neuf langues. Elle est administrée sous la forme d'une entrevue structurée d'une durée de 40 à 60 minutes. On la recommande autant pour la recherche que pour des fins cliniques. Dans ce dernier cas, on met l'accent sur l'élaboration de plans de traitement. On a conçu de nombreux outils qui peuvent faciliter l'administration du test (p. ex. manuel, vidéos de formation, instructions pour la notation); l'outil doit être administré par un clinicien ou un technicien expérimenté. On obtient un score global ainsi que six scores pour différents domaines : état de santé, emploi et soutien financier, consommation de drogue ou d'alcool, domaine juridique et pénal, vie familiale et sociale, problèmes psychologiques ou psychiatriques. En plus de la partie qui porte sur les domaines de problème, il y en a une autre qui concerne les antécédents personnels et familiaux. Les points de référence temporels sont le passé récent et la vie entière. Chacune des 161 questions est notée sur une échelle de 5 points. Le répondant indique dans quelle mesure la situation décrite dans la question constitue un problème pour lui et dans quelle mesure il estime avoir besoin d'un traitement. En plus des données déclarées par le répondant, l'intervieweur évalue subjectivement la gravité du problème du client, l'honnêteté et la compréhension du client (sur une échelle de 10 points). À l'aide de l'ordinateur, on peut générer divers scores composites afin d'établir un profil du client; cette procédure ne peut être effectuée manuellement.

L'ASI possède un coefficient élevé de fiabilité test-retest (valeurs moyennes entre 0,83 et 0,89), un coefficient élevé de constance entre les examinateurs (notation de la gravité pratiquement identique par tous les cliniciens, avec une moyenne de condordance de 0,89) et une bonne validité concourante en général, bien que ces propriétés se soient avérées moins bonnes avec les personnes souffrant de graves troubles mentaux (Carey, Cocco et Correia, 1997). L'analyse factorielle originale a déterminé la présence de six facteurs, mais les analyses ultérieures n'ont pas toutes donné ce même résultat (p. ex. Rogalski, 1987). Diverses sous-échelles de l'ASI sont en corrélation avec l'Inventaire de dépression de Beck (0,27), la

Symptom Checklist-90 (de 0,39 à 0,47) et *le Quantitative Inventory of Alcohol Disorders* (0,76). En outre, on a validé chaque sous-échelle dans l'échantillon original en la mettant en corrélation avec trois mesures différentes. Ainsi, on a corrélé la sous-échelle « alcool » au nombre de surdoses, d'amnésies passagères et de crises cérébrales (0,72); on a corrélé l'échelle de l'état de santé au nombre de symptômes médicaux actuels (0,69), et l'échelle des problèmes juridiques au nombre total de condamnations (0,71). Une version informatisée a été publiée récemment (Miller *et al.*, 1995; Sobell *et al.*, 1994). Comme le protocole est accompagné d'un manuel complet et de vidéos de formation, il doit être administré par un clinicien ou un technicien qualifié.

Bien qu'il existe une version informatisée, les concepteurs de la cinquième édition maintiennent catégoriquement que le protocole *ne doit pas* être administré de cette façon en raison de l'importance de la notation subjective du clinicien quant à la fiabilité et la validité de l'instrument (McLellan *et al.*, 1992). Cela représente un désavantage pour les établissements où il n'est pas pratique qu'un clinicien (au moins) consacre une heure à une entrevue, et du temps pour le calcul des scores. On a critiqué l'ASI parce qu'il n'examine pas les problèmes propres aux femmes. Par ailleurs, un de ses points forts est qu'il contient des renseignements sur la détresse du client, sa motivation à l'égard du traitement et sa dénégation du problème. En outre, McLellan, Luborsky et O'Brien (1986) ont constaté que l'ASI pouvait déceler, six mois après le traitement, les changements survenus chez les patients toxicomanes.

On dispose de données normatives pour une grande variété d'échantillons, y compris des échantillons de population carcérale composés d'individus de races différentes (Allen et Columbus, 1995; Breteler *et al.*, 1996); toutes les données normatives sont dérivées d'échantillons cliniques.

L'ouvrage original (McLellan *et al.*, 1980) et celui qui explique l'élaboration de la cinquième édition de l'ASI (McLellan *et al.*, 1992) précisent qu'on a tenu compte des questions pratiques et théoriques pour la conception de l'outil original et des versions subséquentes et qu'on a effectué des travaux psychométriques solides. Son utilisation très répandue dans les études d'évaluation et les études sur les résultats des traitements a entraîné la création d'une grande base de données dans laquelle on peut avoir pleine confiance. Après avoir examiné le

protocole d'entrevue, nous recommandons l'utilisation de cet instrument sous tous les aspects, sauf l'aspect pratique, étant donné que l'administration s'avère coûteuse. On a critiqué l'ASI parce qu'il ne recommande pas de traitements particuliers (National Institute of Corrections, 1991) – une critique qui peut s'appliquer à plusieurs des outils que nous avons examinés.

***Drug Abuse Treatment for AIDS Risk Reduction* (DATAR)**

On a conçu la DATAR (Simpson, 1990) pour évaluer si on avait réussi à améliorer le taux de persévérance dans les programme et à réduire la rechute chez les utilisateurs de drogues intraveineuses. Cependant, on recommande aussi de l'utiliser pour les évaluations préalables aux traitements et pour déterminer les progrès réalisés dans les programmes de traitement. Cet outil comporte de nombreuses caractéristiques de l'ASI. L'instrument contient deux parties. On commence d'abord par une entrevue structurée avec le répondant (il faut donc au moins un technicien formé et qualifié), durant laquelle on lui demande des renseignements sur des variables liées à la socio- démographie, à la famille, aux relations avec les pairs, à la santé, à la psychologie, aux activités criminelles et à la consommation de drogue. L'intervieweur note, sur une échelle de 10 points, la gravité des problèmes dans chacun de ces 6 domaines, le niveau de consommation de 15 substances, et le risque de VIH. Des notes de 4 ou 5 indiquent qu'un traitement doit être envisagé. L'entrevue dure de 60 à 90 minutes. Le client remplit ensuite le formulaire d'auto-évaluation en répondant aux questions sur une échelle de 5 points; ces questions portent sur l'estime de soi, la dépression, l'anxiété, la personnalité antisociale, la prise de risques, la prise de décisions, la consommation de drogue, le désir d'être aidé, la motivation au traitement. Le concepteur souligne que le client doit posséder une capacité de lecture du niveau de la huitième année, ce qui empêche certains groupes de passer le test. Il faut habituellement de 10 à 15 minutes pour remplir ce formulaire.

La cohérence interne pour la partie de l'auto-évaluation se situe entre 0,62 et 0,91, et le coefficient de fiabilité test-retest entre 0,54 et 0,88. La fidélité des scores composites s'étend de 0,63 à 0,88. Les sous-échelles correspondantes sont en corrélation avec l'*Inventaire de dépression de Beck* et avec des parties de la *Symptom Checklist-90* (de 0,61 à 0,81), ainsi qu'avec des sous-échelles du *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (de 0,50 à 0,60). On n'avait pas publié

de normes au moment du dernier examen de cet inventaire, bien que certaines moyennes puissent être obtenues. L'une des caractéristiques très avantageuses de la DATAR est qu'on a élaboré un système de gestion des données efficace et bien documenté qu'on communique à d'autres projets de recherche sur les traitements. Ce système serait très utile si on voulait intégrer cet instrument à un système plus grand comme le Service correctionnel.

***Alcohol Use Inventory* (AUI)**

L' *Alcohol Use Inventory* (Horn, Wanberg et Foster, 1974; 1987) peut servir à mesurer globalement plusieurs domaines essentiels à l'évaluation d'un problème d'alcool. Pour sa conception, on s'est fondé sur une théorie qui veut que chaque alcoolique est un être distinct, qui est unique quant aux avantages qu'il perçoit de sa consommation d'alcool, à son style de consommation, aux conséquences qu'il perçoit de sa consommation et aux pensées qu'il a sur la façon de traiter son problème d'alcool (Allen et Columbus, 1995). Il s'agit d'un test papier-crayon (peut aussi être administré par ordinateur) qui dure moins d'une heure et dont les résultats peuvent être calculés assez rapidement et facilement par un personnel non clinique, mais qualifié, ou par ordinateur; un logiciel informatique offre aussi des interprétations. L'inventaire comporte 228 questions réparties en 24 sous-échelles qu'on a élaborées à l'aide d'analyses factorielles sur de grands ensembles de données tirées des milieux cliniques. Pour certaines questions, les choix de réponse sont *oui* ou *non*; pour d'autres, il y a de trois à cinq choix. Dix-sept des échelles sont considérées comme des facteurs primaires : motivations pour boire, style de consommation, dépendance physique, perte de maîtrise, difficultés conjugales, réceptivité au changement. On a extrait six facteurs de second ordre pour produire des échelles plus générales, et on génère aussi un score global de gravité. Voici des exemples de questions : « Buvez-vous pour changer d'humeur (lorsque vous vous ennuyez, que vous êtes fâché ou vidé)? »* et « Combien de temps s'écoule-t-il habituellement entre vos périodes de consommation - les moments où vous ne buvez pas du tout)? »*.

Cet instrument semble être particulièrement utile pour le jumelage client-traitement (Miller *et al.*, 1995), car il génère beaucoup de renseignements sur le caractère unique du problème d'alcool de chaque individu. On dispose de normes générales, mais pas de normes pour des sous-groupes. On a effectué des travaux psychométriques sur la constance test-retest, la cohérence interne et la validité (de contenu et de concept, prédictive et concourante).

***A Structured Addictions Assessment Interview for Selecting Treatment* (ASIST)**

L'ASIST a été conçu par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie en 1984 et vise à recueillir des renseignements pouvant faciliter le jumelage client-traitement. Ce protocole d'entrevue structuré évalue les habitudes de consommation et de surconsommation d'alcool et de drogue, les problèmes de nature physique, psychologique, familiale et professionnelle qui y sont associés, les traitements suivis antérieurement et les préférences du client en matière de traitement (Miller *et al.*, 1995). Il faut souligner que l'ASIST contient les outils TDEA et TDAD examinés ci-dessus. Cet instrument a déjà été utilisé sur une grande échelle par les centres de référence pour alcooliques et toxicomanes de l'Ontario. Toutefois, à cause des contraintes de temps (il est assez long à administrer) et des limites d'autre nature, il est moins utilisé aujourd'hui. Les agents l'ont remplacé par des versions plus courtes, qui diffèrent d'une région à l'autre, ou utilisent un modèle différent, comme l'entrevue motivationnelle (J. Pierce, communication personnelle, Kingston Alcohol and Drug Referral Centre).

L'ASIST a servi de base pour l'élaboration de l'ASIST-I, une entrevue d'évaluation structurée pour les détenus. Ce protocole a été conçu spécialement pour la population carcérale canadienne (Hodgins and Lightfoot, 1988; Lightfoot et Hodgins, 1989). De bien des façons, l'ASIST-I équivaut au QIMV, sauf qu'elle est administrée en partie sous la forme d'une entrevue structurée et qu'on laisse ensuite du temps au délinquant pour remplir les questionnaires d'auto-évaluation (p. ex. TDEA, TDAD, questionnaire général sur la santé). Comme elle ressemble beaucoup au QIMV, qui est beaucoup plus utilisé avec les délinquants, nous nous concentrerons sur ce dernier pour éviter les redondances. Cependant, l'un des avantages que présentait l'entrevue structurée de l'ASIST-I est que l'intervieweur pouvait contre-vérifier les renseignements fournis par le répondant (p. ex. dans le TDEA et le TDAD) avec les

renseignements des dossiers (p. ex. accusations de conduite avec facultés affaiblies, voies de fait perpétrées sous l'influence de l'alcool, etc.). Un autre avantage est qu'elle comprenait certains outils de dépistage neuropsychologique (Trails and Digit Symbol substitution test). Comme nous l'avons déjà souligné, l'ASIST-I a décelé une plus forte prévalence de problèmes de consommation d'alcool ou de drogue que le QIMV; cependant, cela était probablement dû au biais lié à l'auto-sélection des délinquants volontaires qui s'étaient soumis à l'entrevue.

***Comprehensive Drinker Profile* (CDP)**

Conçu par Miller et Marlatt (1984), le CDP est une entrevue structurée d'une durée de deux heures qui comporte 88 questions; il faut en outre 30 minutes pour calculer les résultats (ce qui peut se faire par ordinateur, pour une partie seulement du questionnaire). Le questionnaire porte sur les données démographiques, la consommation de substances, les problèmes de la vie, les situations de consommation, les boissons préférées, les antécédents médicaux, l'usage d'autres drogues, les motivations de la consommation, les motivations au changement et l'auto-efficacité. Une des questions que l'on pose est la suivante : « Quelles sont les principales raisons pour lesquelles vous buvez? »*. En d'autres mots, lorsque vous buvez, quel est l'effet le plus positif ou désirable que vous apporte l'alcool? Qu'est-ce que vous aimez le plus de l'alcool? (domaine de la motivation). Le CDP est recommandé pour la planification des traitements (Allen et Columbus, 1995). Il existe aussi une version courte du questionnaire et des formes parallèles, ainsi qu'un questionnaire à administrer à des personnes proches (Miller *et al.*, 1995).

On a effectué des tests sur le coefficient de constance entre les examinateurs et sur la validité (de contenu, prédictive et concourante). On dispose aussi de normes selon les sexes.

Un avantage de cet outil d'évaluation est qu'il fait partie d'une série de protocoles d'entrevue qui comprend des questionnaires pour le suivi des traitements (le *Followup Drinker Profile*); ainsi, on peut assurer une continuité entre les diverses étapes de l'évaluation.

***Questionnaire informatisé sur le mode de vie* (QIMV)**

Le QIMV est un inventaire administré par ordinateur, qui comporte plus de 600 questions, ce qui en fait l'un des instruments les plus complets pour évaluer la consommation d'alcool ou de drogue des délinquants (Robinson, Fabiano, Porporino, Millson et Graves, 1992; Robinson, Porporino et Millson, 1991). Cet instrument a d'abord été conçu par Harvey Skinner de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, sous le nom de *Computerized Lifestyle Assessment* (CLA), pour l'évaluation de la population en général (Skinner, Allen, McIntosh et Palmer, 1985). Nous n'examinerons pas le CLA ici afin d'éviter les redondances, mais, en général, il s'agit d'un très bon outil pour évaluer les problèmes de toxicomanie.

Le QIMV examine une variété de facteurs associés à la toxicomanie, dont la santé physique, la santé mentale, l'alimentation, les relations familiales et sociales, les études et le travail, les activités criminelles, la consommation d'alcool ou de drogue (évaluée pas le TDEA et le TDAD), et d'autres indicateurs comme les rapports entre la toxicomanie et le comportement criminel, les traitements suivis antérieurement et la disponibilité aux traitements futurs. Le QIMV est programmé de façon à déceler les réponses incohérentes des délinquants. Par rapport au CLA, qui utilise l'année précédente comme période de référence, le QIMV utilise les six mois précédant l'incarcération du délinquant. On se sert du QIMV dans les pénitenciers fédéraux du Canada. L'instrument peut être administré en français et en anglais (Weekes, Vanderburg et Millson, 1995), il a été mis à l'essai sur un échantillon de délinquants autochtones (Vanderburg *et al.*, 1994), et ses composantes clés (TDEA, TDAD) ont été mises à l'essai avec des délinquantes (Hodgins et Lightfoot, 1988). Plusieurs milliers de délinquants ont maintenant été évalués à l'aide de cet outil; on dispose donc d'une base de données très étendue pour la recherche et les fins cliniques (Weekes, Moore et Langevin, 1997). Une caractéristique importante du QIMV est qu'il donne un retour d'information au délinquant, sous forme de graphiques. Cette caractéristique présente un grand intérêt quand on connaît l'importance du retour d'information pour la motivation au traitement. Un profil plus complet est fourni à l'agent de gestion des cas; cette excellente source d'information lui permet d'évaluer le stress du délinquant et de planifier un traitement approprié.

Un élément important du QIMV est l'utilisation du TDEA et du TDAD pour mesurer la gravité des problèmes de toxicomanie. Comme nous l'avons mentionné auparavant, le TDEA et le TDAD possèdent d'excellentes propriétés psychométriques - fidélité et validité - avec la population en général. Les tests auprès de la population carcérale montrent aussi que la cohérence interne demeure élevée (TDAD = 0,90; TDEA = 0,94; Robinson, Porporino et Millson, 1991). Cette fiabilité élevée se retrouve dans les questionnaires français et anglais (Weekes *et al.*, 1995).

Weekes *et al.* (1995) ont aussi examiné la structure factorielle du QIMV dans la population carérale anglophone et francophone. Bien qu'on ait donné peu de détails sur les facteurs particuliers qui ont été extraits, les auteurs rapportent que la structure des principaux facteurs est pratiquement identique dans les échantillons anglophone et francophone.

Des étude de validité ont révélé une bonne concordance entre les résultats du QIMV et les problèmes de toxicomanie inscrits dans les dossiers des délinquants (Robinson & Millson, 1991) et ceux décelés par entrevue (après une deuxième administration du TDEA et du TDAD) (Beal, Weekes, Millson et Eno, 1997). En plus de ces contrôles de la validité, Weekes *et al.* (1997) ont montré que la relation entre la criminalité et la toxicomanie augmente beaucoup à mesure qu'augmente la gravité de la toxicomanie (évaluée par le TDEA et le TDAD). On a montré une relation semblable entre la gravité de la toxicomanie (évaluée à l'aide de ces deux échelles) et les probabilités que le délinquant ait été sous l'influence de l'alcool ou de la drogue quand il a perpétré son crime. Ces deux constatations ajoutent à la validité de l'évaluation effectuée à l'aide du QIMV.

Tout porte à croire que le QIMV, comme son cousin le CLA, est un instrument de qualité supérieure pour évaluer la toxicomanie chez les délinquants. En outre, il est bien accepté et compris par les délinquants, et il est peu coûteux à administrer, par rapport aux entrevues structurées. Enfin, comme tous les délinquants sous responsabilité fédérale remplissent maintenant le QIMV à leur admission, celui-ci sert plusieurs fonctions : dépistage, évaluation et retour d'information, planification du traitement.

***Drug Use Screening Inventory* (DUSI)**

Le DUSI comporte 159 questions et a été conçu par Tarter et Hegedus (1991). Il sert à évaluer la gravité des problèmes dans dix domaines : consommation d'alcool ou de drogue, troubles psychiatriques, problèmes de comportement, adaptation scolaire, état de santé, adaptation au travail, relations avec les pairs, compétence sociale, adaptation familiale, loisirs. Les questions sont construites de façon à explorer les comportements, les attitudes et les états affectifs. On évalue aussi la consommation, et on détermine les drogues préférées et celles qui posent un problème. On a aussi intégré une échelle de mensonge afin de tenir compte des questions de la désirabilité sociale et du biais dans les réponses, qui sont souvent soulevées dans les ouvrages d'évaluation. La période de référence est la dernière année, pour chaque question, sauf pour celles qui portent sur la consommation, où la période de référence est chaque mois. Ainsi, l'échelle offre des possibilités de sensibilité aux changements à long terme. On peut administrer le questionnaire sous la forme de test papier-crayon, d'entrevue ou par ordinateur. La durée est de 20 minutes. Le répondant doit posséder une capacité de lecture du niveau de la 5^{e} année (Allen et Columbus, 1995). Un profil absolu de gravité est généré, ainsi qu'un profil classant les 10 domaines en ordre de gravité, de même qu'un indice global. Allen et Columbus (1995) laissent entendre que le DUSI peut être utile pour le dépistage des problèmes, le diagnostic dans différents domaines et la surveillance du traitement.

On a effectué des travaux psychométriques pour déterminer le coefficient de constance entre les examinateurs, la corrélation d'homogénéité, la cohérence interne, et la validité de contenu et de concept. On dispose également de quelques normes sur certaines populations.

***Chemical Dependency Assessment Profile* (CDAP)**

Le CDAP (Harrell, Honaker et Davis, 1991) est un outil d'auto-évaluation de 235 questions (une version informatisée est offerte) qui permet d'évaluer les problèmes d'alcool et de drogue. Le test porte sur les onze domaines suivants : quantité et fréquence de la consommation, symptômes physiologiques, facteurs de stress liés aux situations, comportements antisociaux, problèmes interpersonnels, dysfonctionnement affectif, attitudes à l'égard du

traitement, degré d'impact de la consommation sur la vie, attentes liées à réduction de la tension, attentes liées à la facilitation sociale et attentes liées à l'amélioration de l'humeur. Les valeurs de la cohérence interne pour les domaines se situent entre 0,60 et 0,88; les valeurs du coefficient de fiabilité test-retest (intervalles de 6 jours et de 9 jours) se situent entre 0,77 et 0,96. Les corrélations des sous-échelles du CDAP avec le MAST et l'AUI s'échelonnent entre 0,33 et 0,79 (corrélations plus élevées pour les aspects de la QF et de l'impact de la consommation sur la vie). L'échantillon de référence était de petite taille (N = 86) et composé surtout de sujets de race blanche, mais il contenait des hommes et des femmes. Le CDAP a permis d'établir la distinction entre des sujets consommant de l'alcool et des sujets polytoxicomanes à un taux de 100 %. La version informatisée génère un rapport sommaire (Inciardi, 1994).

En raison de la nature de son contenu, le CDAP peut fournir une évaluation très détaillée pour la personnalisation du traitement et de l'évaluation des résultats du traitement. Certaines questions offrent des possibilités de sensibilité au changement, en particulier celles qui portent sur les attentes et la consommation de substances (p. ex. « Je m'affirme davantage quand je bois »* et « Combien de jours par mois vous absentez-vous du travail parce que vous avez bu? »*). D'autres questions se rapportant aux antécédents sont moins sensibles au changement (p. ex. « Vous êtes-vous déjà évanoui après avoir trop bu? »* et « Combien de fois avez-vous cessé de boire, puis recommencé? »*).

Individual Assessment Profile **(IAP)**

Cet outil (Flynn, Hubbard, Luckey, Forsyth, Smith, Philips et Fountain, article soumis) est une entrevue clinique structurée qui vise à évaluer les clients pour une planification du traitement, mais il comporte aussi des formulaires pour l'évaluation des progrès à différentes périodes du traitement. On a conçu cet instrument après avoir fait un sondage sur les stratégies de collecte de données utilisées par un grand nombre de programmes de traitement, consulté des groupes de spécialistes dans le domaine et examiné des instruments normalisés. L'outil comporte de nombreuses caractéristiques de l'ASI et de la DATAR. L'entrevue porte sur les domaines suivants : données démographiques, raison de l'admission au programme, conditions de logement, tabagisme et consommation d'alcool ou de drogue, activités illégales, sources de

soutien ou emploi, santé physique et santé mentale. Le client note sur une échelle de quatre points son degré de préoccupation à propos des problèmes, dans chaque domaine, et son évaluation de la nécessité de recevoir un traitement. À son tour, l'intervieweur note, pour chaque problème, son opinion sur la nécessité que le client reçoive un traitement, et il évalue la distorsion possible de la part du client. L'entrevue dure environ 50 minutes. Il est recommandé que l'intervieweur soit un conseiller en matière de drogue qui a reçu une formation d'une journée sur l'IAP. Les notes attribuées à la gravité des problèmes sont résumées en un profil quantitatif des domaines de problèmes du client.

L'analyse de la cohérence interne indique une bonne constance entre les notes attribuées par les différents intervieweurs (90 %), mais le coefficient de fiabilité test-retest n'est pas élevé (inférieur à 0,40) pour certaines questions. Pour ce qui est de la validité, l'auto-évaluation de l'IAP et les résultats des analyses d'urine et de cheveux ont montré une assez bonne concordance (88 % à 98 % pour la plupart des substances, 62 % pour la cocaïne). Comme l'IAP est un instrument relativement nouveau, on ne dispose pas encore de données normatives officielles ni d'études sur la validité et la fiabilité.

On a élaboré une version informatisée; ce logiciel est apparemment très souple pour ce qui est de générer des rapports personnalisés et pourrait donc s'avérer utile pour le Service correctionnel.

***Substance Use Disorder Diagnosis Schedule* (SUDDS)**

Le SUDDS (Harrison et Hoffman, 1989) est une entrevue structurée (qui peut être administrée par un clinicien ou par ordinateur). Il consiste en 99 questions divisées en 9 sous-échelles. La durée de l'entrevue est de 30 à 45 minutes. On recommande qu'elle soit menée par un professionnel du domaine de la toxicomanie qui a reçu une formation.

Allen et Columbus (1995) ont examiné des résultats qui montrent l'équivalence entre la version informatisée et le protocole administré par un clinicien (concordance du diagnostic de 88 % à 96 %; coefficients kappa de 0,71 à 0,86). De plus, les résultats des deux versions étaient compatibles avec le diagnostic du clinicien (de 82 % à 90 %). On a effectué des analyses

psychométriques pour déterminer la constance test-retest et la validité (de contenu et de construct, prédictive et concourante), et on a fait une analyse factorielle. Il n'y a pas de données normatives (Allen & Columbus, 1995).

***Drug Offender Profiles: Evaluation/Referral Strategy* (DOPERS)**

Cet outil a été conçu par la *Texas Adult Probation Commission* (devenue depuis la *Community Justice Assistance Division*) afin d'examiner la relation entre la consommation de drogue et le comportement criminel chez les délinquants. L'objectif ultime est de faire suivre au délinquant un traitement adapté à ses besoins (National Institute of Corrections, 1991).
La DOPERS vise à évaluer la consommation de drogue, le comportement criminel, les conséquences de la consommation et les traitements suivis antérieurement; en outre, l'agent de probation doit noter la perception qu'il a du délinquant. Cet instrument tente de déterminer le rôle de la drogue dans le comportement criminel du délinquant, c'est-à-dire si le délinquant consomme de la drogue parce qu'il est impliqué dans des activités criminelles ou s'il a un comportement criminel parce qu'il consomme de la drogue. Le *National Institute of Corrections* (1991) fait remarquer que la complexité du calcul des résultats est un inconvénient.

(Drug) Offender Profile Index

Le *(Drug) Offender Profile Index* (OPI; Inciardi, 1993) a été conçu en collaboration avec la *National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors* (NASADAD; National Institute of Corrections, 1991). Les concepteurs disent qu'il peut être utilisé avant le procès et après la période d'incarcération des délinquants. L'objectif de cet instrument est de trouver le traitement qui sera le mieux adapté aux besoins du délinquant. Cependant, Inciardi (1994) précise que l'OPI ne fournit que des recommandations générales et qu'il ne permet pas de planifier un traitement personnalisé; il recommande donc de faire une évaluation supplémentaire pour trouver un traitement qui soit bien adapté au sujet. L'OPI est fondé sur la notion d'« intérêt pour la conformité »; on croit que ceux qui ont un grand intérêt à se conformer aux normes sociales sont moins susceptibles que les autres de commettre des crimes. L'outil examine donc l'intérêt qu'a le délinquant de se conformer aux normes dans les domaines suivants : gravité de la consommation

de drogue, antécédents psychologiques et traitements suivis, soutien familial, éducation et études, antécédents professionnels, familiaux et criminels, comportements à risque pour le VIH. L'intégration de ce dernier domaine constitue un des points forts de l'instrument. Un autre point fort est la recommandation de traitement qui correspond au score numérique du délinquant sur l'OPI (Inciardi, 1994). Les domaines et les questions ont été choisis par un groupe de spécialistes. Le test dure environ 30 minutes et doit être administré par un professionnel du domaine correctionnel ou de la toxicomanie qui a suivi une formation d'une journée. Le calcul des résultats est facilité par un guide de notation. Lorsque le *National Institute of Corrections* a publié son rapport (1991), il a souligné que l'instrument faisait l'objet d'une évaluation psychométrique rigoureuse. Nous n'avons pu trouver les résultats de cette évaluation.

Il est intéressant de noter qu'Inciardi (1994) décrit l'OPI comme un « outil de dépistage ». Toutefois, notre examen nous a amenés à conclure qu'il fournit un tableau beaucoup plus détaillé du délinquant que ne le fait tout autre outil de dépistage courant. C'est pourquoi nous l'avons inclus dans les outils d'évaluation approfondis.

***Drug Lifestyle Screening Interview* (DLSI)**

Le DLSI (Walters, 1994) est une entrevue structurée qui vise à évaluer quatre domaines considérés par le concepteur comme caractéristiques des comportements des personnes ayant un problème de toxicomanie : irresponsabilité, déséquilibre stress-capacité de résistance, superficialité des relations interpersonnelles, infraction ou entorse aux règles. Les 23 questions sont réparties dans 4 sous-échelles.

Le coefficient de constance entre les examinateurs pour chaque question était très variable (les coefficients kappa se situant entre 0,13 et 1,0), mais il était moyen ou assez élevé (de 0,57 à 0,83) pour les quatre sous-échelles et le résultat global. Le DLSI a été mis à l'essai avec 120 détenus inscrits à un programme de traitement de la toxicomanie; un certain nombre de questions ont réussi à distinguer la toxicomanie grave de la toxicomane légère. Pour le classement des délinquants dans ces deux groupes, le DLSI a obtenu un résultat global de 77 % (taux de faux positifs de 16 % et de faux négatifs de 7 %). Walters (1994) considère que cet outil

est une mesure raisonnablement fiable et potentiellement valide des habitude de vie des toxicomanes, mais nous estimons que certaines des valeurs de la fiabilité, du moins au niveau des questions, sont trop faibles. En outre, il faudrait déterminer si cet instrument pourrait établir des distinctions plus subtiles que le classement dans l'une ou l'autre des deux catégories, étant donné qu'on a maintenant tendance à conceptualiser la toxicomanie comme un continuum. Cependant, le fait que le DLSI a été validé auprès d'un échantillon du milieu correctionnel constitue un avantage. Walters (1995) a constaté que cet instrument a une faible capacité de prédiction de la surconsommation d'alcool ou de drogue après un suivi de deux ans (les antécédents criminels constituent une variable prédictive beaucoup plus fiable).

Wisconsin Uniform Substance Abuse Screening Battery

La *Wisconsin Uniform Substance Abuse Screening Battery* (National Institute of Corrections, 1991) comprend le TDAD, l'*Offender* Drug Use History (ODUH), le *Client Management Classification Interview* et la typologie des délinquants de Megaree du MMPI. Inciardi (1994) souligne que cet instrument présente l'avantage majeur de fournir des recommandations très précises pour le traitement. Vigdal et Stadler (1992) décrivent cet outil comme un ensemble de mesures de dimensions et de catégories qui se servent de la consommation et la surconsommation de substances et d'autres caractéristiques pour déceler rapidement les délinquants qui ont des besoins et des profils de comportement semblables (p. 129). L'objectif ultime de l'outil est le jumelage client-traitement.

L'ODUH porte sur les traitements suivis et les antécédents de consommation pour 10 classes de drogues; les scores sont convertis en niveaux de consommation de drogue (3 niveaux en tout). Le *Client Management Classification Interview* est une entrevue semi-structurée qui permet de catégoriser les délinquants dans l'un des cinq niveaux de besoin de surveillance ou de traitement. Le Megaree est une mesure d'auto-évaluation des principaux aspects de la psychopathologie.

Évaluations en laboratoire

Cooney *et al.* (1995) classent les évaluations en laboratoire en trois catégories. La première comprend l'analyse d'haleine, la détermination du taux d'alcool et du taux de drogue dans le sang, l'analyse de la salive et l'analyse des urines. Les auteurs soulignent que ces évaluations sont utilisées plus fréquemment dans les salles d'urgence pour des fins de dépistage et pour corroborer la déclaration du sujet. Les test sont exacts quand il s'agit d'une consommation très récente, mais ils ne peuvent manifestement pas évaluer les habitudes de consommation sur une longue période à moins qu'on les répète à plusieurs reprises. La deuxième catégorie comprend les mesures utilisées pour évaluer la toxicité des organes, donc les problèmes d'alcool plus chroniques. La gamma-glutamy-transpeptidase (GGT) dans le plasma et le volume globulaire moyen (VGM) ont une sensibilité variable (de 20 % à 60 %) et une spécificité un peu plus élevée, mais ils produisent un taux élevé de faux positifs. La troisième catégorie comprend des mesures de changements indirectement liés à l'alcool. Mentionnons la mesure de la transferrine désialysée (CDT) et la mesure du rapport de l'aspartate aminotransférase (ASAT) mitochondriale dans le plasma et de l'ASAT totale. La sensibilité de ces deux tests semble plus élevée; elle se situe entre 0,76 et 0,90.

Sobell *et al.* (1994) examinent diverses mesures biochimiques et les divisent en deux catégories : mesures de la consommation récente et mesures de la consommation prolongée. Les premières comprennent les analyses d'haleine, les tests sur bandelette réactive, les analyses d'urine, les analyses de salive et les bandes adhésives recueillant la sueur. Les mesures de la consommation chronique comprennent les épreuves fonctionnelles hépatiques et les analyses de cheveux.

Les tests en laboratoire sont assez peu utilisés dans les évaluations destinées à la planification du traitement, en particulier dans la population carcérale. Les tests qui évaluent la consommation récente ne peuvent pas déceler la consommation de drogue au moment où l'évaluation est effectuée en vue du traitement, et les marqueurs biologiques ne fournissent pas de mesure des genres de variables qu'on pourrait utiliser pour choisir un traitement approprié, soit le fonctionnement cognitif, les connaissances, les attitudes, la gravité et les habitudes de

consommation, et les effets de la consommation sur de multiples domaines de la vie quotidienne. En outre, de nombreux tests ont une sensibilité assez faible (Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1998). Skinner *et al.* (1986) ont fait remarquer que certains tests d'auto-évaluation comme l'ASI réussissent mieux à déceler les problèmes d'alcool que les marqueurs biologiques. Certains ont recommandé qu'on utilise les tests de laboratoire pour surveiller les progrès réalisés durant les traitements dont l'objectif est l'abstinence, en particulier dans les cas où la valeur des renseignements fournis par le sujet est suspecte.

Récemment, on a publié des lignes directrices sur l'utilisation des marqueurs biochimiques dans la recherche sur la toxicomanie (Allen, Fertig, Litten, Sillanaukee et Anton, 1997).

Système d'dentification et analyse des besoins des détenus : Domaine de la toxicomanie

Le principal objectif de cette section est d'évaluer le domaine de la toxicomanie du Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus (SIABD). Un des buts premiers de cet outil est de permettre aux agents de gestion des cas de classer systématiquement les besoins du délinquant dans ce domaine afin de pouvoir y répondre efficacement.

Le Système d'identification et d'analyse des besoins des délinquants (Motiuk et Pisapio, 1991) découle d'une échelle plus étendue appelée Échelle d'évaluation du risque et des besoins dans la collectivité (Motiuk, 1989; Motiuk et Porporino, 1989). Cette dernière a été élaborée à partir de travaux d'analyse des besoins réalisés auprès de jeunes contrevenants (Lerner, Arling et Baird, 1986). Alors que l'Échelle d'évaluation du risque et des besoins dans la collectivité évaluait les besoins des délinquants dans 12 aspects ou domaines, le SIABD a ramené le nombre de domaines à sept : emploi, relations conjugales et familiales, fréquentations et interactions sociales, toxicomanie, fonctionnement dans la collectivité, vie personnelle et affective, et attitude générale. On évalue donc les besoins des délinquants dans ces domaines au moyen de divers indicateurs. On a également conçu une version plus longue (partie A de l'évaluation initiale des détenus) pour évaluer les besoins du délinquant lorsqu'il est admis dans un pénitencier fédéral. Dans cette version, les besoins dans le domaine de la toxicomanie sont évalués par 13 indicateurs

de problèmes d'alcool et 13 indicateurs de problèmes de drogue (voir Annexe A). En outre, trois indicateurs permettent de déterminer si le délinquant a déjà fait l'objet d'une évaluation et s'il a déjà participé à un programme de traitement. En se basant sur l'évaluation de tous ces indicateurs, l'agent attribue au délinquant une cote qui indique qu'il n'y a aucun besoin d'amélioration ou qu'il y a un besoin modéré ou considérable d'amélioration.

Afin de pouvoir recueillir des renseignements pour assurer une meilleure gestion des délinquants sous responsabilité fédérale en liberté sous condition, on a mis au point une version communautaire simplifiée et on l'a mise à l'essai (Motiuk et Brown, 1993). Il y a seulement deux indicateurs dans cette version : une pour l'alcool et l'autre pour la drogue (voir Annexe B). Toutefois, chacun de ces indicateurs englobe les cinq indicateurs liés à la perturbation qu'on retrouve dans la version utilisée à l'admission : « Les antécédents du délinquant laissent-ils supposer que sa consommation d'alcool (de drogue) peut avoir des effets nuisibles sur les plans conjugal, professionnel, juridique, physique ou financier? » L'agent doit donner comme réponse : oui, non, ne sais pas; il doit aussi mentionner si on a déjà effectué des interventions pour régler le problème. Il doit ensuite coter le besoin d'amélioration, déterminer les interventions nécessaires et coter le niveau de motivation du délinquant. Ces deux outils peuvent être administrés sous la forme d'un test papier-crayon, mais il semblerait possible d'avoir des versions informatisées.

Version utilisée à l'admission. Les cinq premiers indicateurs sont groupés sous le titre « habitudes ». On suppose que l'évaluateur se sert de renseignements de diverses sources, y compris de l'information fournie par le délinquant, pour répondre à la question : « Problème de consommation d'alcool? », mais cela n'est précisé nulle part. Le message d'aide associé à cette question - « le délinquant boit avec excès » - ne contribue pas à diminuer la subjectivité parce que le mot « excès » n'est pas défini. Cette question prend une trop grande importance comme indicateur, car si l'agent répond par la négative, il n'a pas à répondre aux autres questions du domaine de la toxicomanie. Ce processus fait épargner du temps, mais comme tous les autres indicateurs constituent des *preuves* de la présence d'un problème d'alcool, il pourrait s'avérer plus prudent de mettre cette question après les autres. L'agent pourrait donc répondre à la

question « Problème de consommation d'alcool? » en se basant sur les réponses qu'il a données aux questions précédentes. Comme cet instrument est administré dans le cadre de l'Évaluation initiale des détenus, il est probable qu'il est administré en même temps que le QIMV. Si tel est le cas, on pourrait simplement se servir des résultats du TDEA pour répondre à la question : « Problème de consommation d'alcool? » (ou des résultats du TDAD dans le cas de la drogue). Compte tenu que le TDEA et le TDAD fournissent des normes relatives à la gravité du problème, ils pourraient aussi aider l'évaluateur à coter le besoin d'amélioration du délinquant. Tout au moins, on pourrait utiliser les résultats du QIMV pour compléter le jugement de l'agent de gestion des cas quant à la présence d'un problème de toxicomanie et quant à sa gravité. En utilisant plusieurs sources de renseignements, on n'aurait plus à se soucier que le délinquant donne des réponses fausses ou veuille faire bonne ou mauvaise impression.

Une réponse positive à la question « A commencé à boire très jeune? » est souvent associée à un problème d'alcool. L'évaluateur se fie probablement aux renseignements donnés par le délinquant. On peut se demander si cet élément ajoute quelque chose à l'évaluation, étant donné que l'évaluateur a déjà déterminé si le délinquant a ou non un problème de consommation d'alcool en répondant à la première question. Il faut se rappeler aussi que certains groupes culturels (p. ex. les Juifs) commencent à consommer de l'alcool à un jeune âge, mais ont un taux très faible de problèmes d'alcool. Enfin, si on utilise ce protocole avec les délinquantes, il ne faut pas oublier que les femmes commencent souvent à boire et à avoir des problèmes d'alcool plus tôt que les hommes, mais que le problème évolue souvent plus rapidement.

L'indicateur « Boit régulièrement? » vise, comme le dit le message d'aide, à déterminer si la consommation d'alcool fait partie du mode de vie du délinquant. Dans ce cas, il vaudrait mieux remplacer l'indicateur par le message d'aide lui-même, car celui-ci est lié de façon plus fonctionnelle à l'information qu'on souhaite obtenir. Aucun message d'aide n'est fourni à l'évaluateur pour les autres indicateurs de la consommation d'alcool.

L'indicateur « Consommation abusive à l'occasion? » est un indicateur précieux parce que les épisodes de consommation excessive sont particulièrement associés à des conséquences négatives. Toutefois, encore ici, on ne donne aucune définition pour guider l'évaluateur. La

consommation abusive équivaut habituellement à la consommation de cinq verres ou plus (4 pour les femmes) à une même occasion (Wechsler *et al.*, 1994). Cependant, il peut aussi s'agir d'une consommation continue durant deux jours ou plus de suite. On pourrait donner ces indications à l'évaluateur. À cet égard, le QIMV offre d'excellentes lignes directrices.

L'indicateur « A consommé de l'alcool et des drogues ensemble? » indique, en partie, la consommation générale que fait le délinquant des substances intoxicantes. Comme il n'y a aucune indication de fréquence (p. ex. rarement, à l'occasion, régulièrement, etc.), cette question ne permet pas d'obtenir beaucoup de renseignements. Néanmoins, certaines données laissent croire que les délinquants qui consomment régulièrement de l'alcool et de la drogue sont plus susceptibles d'avoir été arrêtés pour un crime violent que ceux qui ne consomment que de l'alcool ou de la drogue (Miller et Welte, 1986).

Dans la documentation qui nous a été fournie, nous ne voyons pas clairement pourquoi on a exclus certains indicateurs de l'abus d'alcool (p. ex. Boit le matin? Boit seul?). Nous supposons qu'on ne voulait pas que l'instrument soit trop long à administrer.

Les trois indicateurs suivants portent sur la consommation d'alcool durant les loisirs, lors d'activités sociales et pour se libérer du stress (indicateurs identiques pour la consommation de drogue). Ces types d'indicateurs se retrouvent souvent dans les questionnaires sur la consommation d'alcool (p. ex. l'*Inventory of Drinking Situations*) et sont utiles pour fixer les objectifs du traitement et de la prévention de la rechute. On peut toutefois se demander si ces trois indicateurs sont utiles lors de l'évaluation initiale, surtout lorsque l'évaluateur a déterminé si le délinquant a ou non un problème d'alcool sans tenir compte de ces indicateurs. Si le délinquant participe plus tard à un programme comme CHOIX ou le PPT, on évaluera de nouveau ces indicateurs, et de façon beaucoup plus complète.

Le dernier ensemble d'indicateurs (« perturbation ») évaluent les conséquences de la consommation d'alcool (les mêmes indicateurs pour la consommation de drogue) pour le délinquant dans les domaines de l'emploi, des relations conjugales ou familiales, des relations sociales, des infractions à la loi et de la santé. Ces indicateurs se retrouvent fréquemment dans les

outils de dépistage et les autres types d'outils d'évaluation de la consommation d'alcool (p. ex. le MAST) et sont compatibles avec les conséquences négatives associées à l'abus d'alcool par l'Organisation mondiale de la santé. Ces conséquences servent aussi de facteurs de motivation importants pour le changement lorsqu'on les utilise pour donner un retour d'information au délinquant de la façon suggérée par Miller *et al.* (1995). Toutefois, nous ne comprenons pas bien pourquoi certains indicateurs de ce type ont été exclus. Ainsi, on ne parle pas des conséquences négatives de la consommation d'alcool sur la santé mentale et affective, ni sur les questions financières. Même si l'anxiété, la dépression et d'autres indicateurs d'une santé affective déficiente ne sont pas des facteurs criminogènes en soi (Andrews, 1995), ils coexistent souvent avec la consommation excessive de substances intoxicantes (p. ex. l'automédication). Quant aux problèmes financiers, la recherche a montré qu'ils constituent un facteur criminogène (Andrews, 1995).

Les trois derniers indicateurs du domaine de la toxicomanie portent sur les évaluations et les traitements antérieurs. Ces deux facteurs constituent un indicateur des problèmes de toxicomanie. De plus, en ayant accès aux évaluations antérieures, on peut mieux comprendre le problème du délinquant, y compris l'évolution du problème depuis la dernière évaluation. De même, si on sait que les interventions antérieures ont réussi ou échoué, on pourra plus facilement choisir un traitement approprié.

Comme les indicateurs de la consommation de drogue sont identiques à ceux qui sont utilisés pour l'alcool, nos commentaires s'appliquent aussi au domaine de la drogue. Dans les documents à notre disposition, nous n'avons trouvé aucune donnée sur la fiabilité et la validité de la version du SIABD utilisée à l'admission. Il semblerait qu'on effectue actuellement des travaux sur ces questions.

Version utilisée dans la collectivité. Les indicateurs de cette version sont des questions générales : « Les antécédents du délinquant laissent-ils supposer que la consommation d'alcool peut avoir des effets nuisibles sur les plans conjugal, professionnel, juridique, physique oufinancier? ». On pose la même question à propos de la drogue. L'évaluateur doit déterminer si la réponse est oui, non ou ne sais pas.

De façon générale, ces questions sont compatibles avec la définition d'abus de substances fournie par l'Organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire qu'il existe un problème d'alcool ou de drogue lorsque la consommation de ces substances cause des problèmes ou contribue à causer des problèmes dans un ou plusieurs domaines de la vie. Comme nous l'avons fait remarquer ci-dessus, nous n'avons pu déterminer pourquoi on n'a pas inclus d'autres conséquences. Encore ici, on ne tient pas compte de la santé mentale et affective. Il est intéressant de constater qu'on a inclus dans la version utilisée à l'admission les relations sociales autres que les relations conjugales et familiales, mais pas dans la version utilisée dans la collectivité. Par ailleurs, on a inclus l'aspect financier dans cette dernière version, mais pas dans la version utilisée à l'admission. Comme l'objectif de l'évaluation des besoins dans la collectivité est d'évaluer les besoins dynamiques qui sont sensibles au changement, les raisons de ces incohérences ne sont pas claires.

Les données sur lesquelles l'évaluateur fonde son jugement pour répondre « oui, non, ne sais pas » ne sont pas précisées, mais on peut supposer que les agents reçoivent une certaine formation à cet égard. Ainsi, les renseignements fournis par les délinquants sur leur problème d'alcool ou de drogue concordent assez bien avec les résultats des outils d'évaluation possédant de bonnes propriétés psychométriques, comme le TDEA et le TDAD (Weekes, Moser et Langevin, 1997), et au moment de l'évaluation des besoins dans la collectivité, l'agent dispose des résultats de ces deux tests du QIMV dont il peut se servir pour au moins compléter ses autres sources de renseignements afin de déterminer l'existence et la gravité des problèmes de toxicomanie.

Indépendamment des fondements sur lesquels l'évaluateur appuie son jugement, les résultats de l'évaluation des besoins dans la collectivité pourraient tout de même être très précieux s'il s'avère que l'évaluation constitue une bonne indication des problèmes. À cet égard, la recherche effectuée par Motiuk et Brown (1993) montre qu'elle l'est. Ces chercheurs ont constaté que les deux indicateurs ont été capables de détecter que 53,1 % d'un échantillon de 573 délinquants mis en liberté sous condition avaient un problème de toxicomanie, ainsi que 48 % d'un échantillon de 31 délinquantes. Bien que ces pourcentages soient inférieurs au taux

approximatif de deux tiers obtenu par le TDEA et le TDAD dans le cadre du QIMV et confirmé par d'autres études (Weekes, Moser et Langevin, 1997), ils demeurent assez élevés. Peut-être pouvons-nous expliquer ces pourcentages par le fait que certains délinquants ne considèrent plus qu'ils ont un problème de toxicomanie au moment de leur mise en liberté. En outre, il se peut que l'instrument ne repère que les délinquants ayant un problème modéré, important ou grave. Il est possible de vérifier cette possibilité en comparant les données avec les résultats d'outils plus complets comme le TDEA et le TDAD et avec les données obtenues sur les mêmes délinquants au moment de l'admission. Ce qui ajoute à la validité de la version utilisée dans la collectivité, c'est qu'on a constaté que les indicateurs de toxicomanie permettaient de prévoir les suspensions après quatre mois, bien que seule la question sur la consommation de drogue permettait de prévoir les suspensions après six mois. Autre donnée encourageante, on a observé que le dépistage des problèmes de toxicomanie augmentait avec le niveau de liberté sous condition : 40,6 % pour les délinquants de sexe masculin en libération conditionnelle totale, 51 % pour les délinquants en semi-liberté, et 66 % pour les délinquants en liberté surveillée.

On ne s'attend pas à ce que ces deux indicateurs soient aussi efficaces que des questionnaires plus complets qui possèdent de bonnes propriétés psychométriques, comme le TDEA et le TDAD, pour déceler les problèmes de toxicomanie. Cependant, ils semblent être aussi utiles que de nombreux outils de dépistage pour déterminer la présence de problèmes. Une façon de vérifier la validité de ces indicateurs serait de comparer les résultats avec les données sur les mêmes délinquants obtenues à l'aide du TDEA et du TDAD ou même à l'aide d'un autre outil (p. ex. le CAGE) conçu spécialement pour le dépistage. On pourrait ainsi vérifier la validité des indicateurs des deux versions (admission et collectivité). L'exactitude relative de ces indicateurs est probablement due à la généralité de la question (« Les antécédents du délinquant laissent-ils supposer que sa consommation d'alcool ou de drogue peut avoir des effets nuisibles sur les plans conjugal, professionnel, juridique, physique ou financier? »). Il y a cependant une certaine redondance dans ce genre de question. Ainsi, dans la version longue, l'évaluateur essaie de déterminer si le délinquant a un problème de consommation d'alcool, s'il a commencé à boire très jeune, s'il boit régulièrement, s'il fait une consommation abusive à l'occasion, s'il a consommé de l'alcool et des drogues ensemble, s'il fait une consommation abusive durant ses

loisirs ou lors d'activités sociales et s'il boit pour se libérer du stress. Si ces indicateurs sont présents, il y a de bonnes chances pour que la consommation d'alcool ou de drogue nuise au fonctionnement du délinquant dans au moins un domaine. On pourrait vérifier cette hypothèse en déterminant dans quelle mesure les résultats de l'évaluation des besoins effectuée à l'admission correspondent à ceux de l'évaluation faite au moment de la mise en liberté. Il est possible que la version longue administrée à l'admission n'ajoute rien à l'exactitude de la détermination des besoins effectuée au moyen de la version plus courte. Enfin, bien que la présence d'un indicateur unique restreigne le champ des études psychométriques, il serait possible d'évaluer le coefficient de constance entre les évaluateurs en demandant à différents agents d'évaluer le même cas et en calculant l'indice de correspondance. Étant donné que l'un des objectifs de ces échelles est d'encourager le traitement systématique de l'information par les agents de gestion des cas, il serait important que ce coefficient soit élevé.

Motiuk et Brown (1993) laissent entendre que le SIABD peut aussi constituer un moyen utile de surveiller les changements dans les comportements, les attitudes et les conditions de vie du délinquant qui sont manifestement liés à la réussite de la mise en liberté (p. 54). Nous ne sommes pas d'accord avec cette affirmation parce que la question porte sur les antécédents (Les antécédents du délinquant etc.). Si l'on veut utiliser cet indicateur pour surveiller les changements, il serait préférable de formuler la question ainsi : « Les antécédents du délinquant, *depuis sa mise en liberté* ». En d'autres mots, il faudrait modifier la question en fonction de la période visée par l'évaluation.

Cette difficulté est annulée en partie par la question suivante : « Si oui, des interventions ont-elles été effectuées? ». Cependant, les concepteurs de l'instrument font remarquer que même si on a déjà effectué des interventions, cela ne signifie pas forcément que le problème a été résolu ou qu'aucune intervention n'est nécessaire. De même, la section sur les observations et impressions à propos du besoin d'amélioration ne se prête pas à une surveillance actuelle du problème de toxicomanie parce qu'on a ajouté, comme critère pour juger du besoin d'amélioration, les antécédents du délinquant. Ainsi, l'évaluateur doit juger qu'il n'y a aucun besoin immédiat d'amélioration si le délinquant n'a aucun antécédent et aucun problème en ce

moment. Les autres catégories sont semblables. Pour que l'instrument soit utile pour la surveillance des changements, il faudrait que la formulation du critère soit modifiée et précise la période visée. Par exemple, « Aucun antécédent *depuis la mise en liberté* et aucun problème en ce moment ». Enfin, pour la gestion des problèmes de toxicomanie, les cliniciens trouveraient certainement utile de savoir si les interventions qui ont été effectuées à propos du problème de toxicomanie ont donné des résultats positifs, puisque ces considérations pourraient influencer les recommandations relatives aux traitements futurs ou à l'entretien.

Motiuk et Brown (1993) n'ont pas examiné si les délinquants qui ont suivi un traitement ont été moins nombreux que les autres à voir leur libération suspendue; il serait intéressant de pouvoir analyser ce genre de données. De même, ils n'ont pas parlé du nombre de suspensions en fonction de la cote attribuée au besoin d'amélioration. On s'attendrait normalement à ce que cette cote soit liée à la gravité du problème de toxicomanie, qui serait elle-même liée au nombre de suspensions.

On détermine aussi les « interventions nécessaires » selon plusieurs catégories : traitement intensif en établissement, traitement en consultation externe, entretien et suivi, counseling en matière de santé (VIH, hépatite, éducation sur les drogues). On laisse aussi un espace pour que l'évaluateur formule des commentaires sur l'intervention souhaitée. En fait, chaque type d'intervention (en établissement, en consultation externe, entretien, counseling en matière de santé, éducation sur les drogues) est associé à un niveau de besoin (faible, moyen, élevé). Normalement, le jumelage client-traitement est fondé sur une évaluation très complète. Dans ce cas-ci, toutefois, les indicateurs de la toxicomanie permettent seulement à l'évaluateur de donner une réponse positive ou négative. On peut donc supposer que l'évaluateur attribue une cote aux interventions nécessaires principalement en fonction du besoin d'amélioration déjà déterminé. Par exemple, si l'évaluateur détermine que le délinquant a un besoin élevé de recevoir un traitement intensif en établissement, c'est probablement parce qu'il a déterminé auparavant que le délinquant avait un besoin considérable d'amélioration. Il faudrait valider cet exercice en faisant une comparaison avec les résultats plus complets fournis par le QIMV ou par l'un des outils plus approfondis conçus à cette fin. Cette mesure nous paraît importante, car, selon notre

expérience, les agents de liberté conditionnelle et les agents de classification ont tendance à recommander des traitements plus intensifs qu'il n'est nécessaire. En outre, certaines contraintes (p. ex. le fait que les traitements soient offerts ou non) déterminent souvent le niveau d'intervention recommandé. Enfin, les organismes d'entraide comme les NA et les AA ne sont pas inclus dans la liste des interventions suggérées.

On évalue aussi le « niveau de motivation du délinquant face aux interventions » : faible, moyen ou élevé. Cette mesure est utile comme indicateur de l'attitude du délinquant à l'égard du problème, mais il faudrait évaluer dans quelle mesure elle permet de prévoir l'issue du traitement. De nombreux traitements de la toxicomanie reposant sur des fondements empiriques traitent maintenant la motivation comme une qualité dynamique qui reflète l'étape de changement où en est le délinquant (Prochaska, Di Clemente et Norcross, 1992). Dans tout traitement efficace, on prévoit très tôt des mesures pour augmenter la motivation (Miller et Rollnick, 1991).

Enfin, on demande à l'évaluateur si la CNLC pourrait imposer une condition spéciale qui pourrait faciliter les interventions recommandées. On peut supposer que la réponse courante est la condition de s'abstenir de consommer de l'alcool ou de la drogue. L'évaluateur pourrait aussi mentionner la condition de suivre un traitement et de participer à des rencontres d'entretien. Cette dernière recommandation permettrait une certaine souplesse au niveau des objectifs du traitement. Par exemple, si un délinquant suit un traitement dans la collectivité pour sa consommation d'héroïne et qu'il consomme de l'alcool, on pourrait ne pas suspendre sa liberté. Lui imposer une suspension dans ce cas ne l'inciterait pas à poursuivre le traitement.

PARTIE III : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Environ les deux tiers des délinquants ont un problème de toxicomanie. Cette proportion élevée, ainsi que des données provenant d'autres sources, indique qu'il existe une forte relation entre la toxicomanie et la perpétration de divers types de crimes. La nature précise de cette relation n'est pas encore connue. Toutefois, on souscrit généralement à l'idée que le traitement efficace de la toxicomanie permet de réduire la criminalité.

Comme les détenus toxicomanes constituent un groupe hétérogène et sont différents sur bien des plans, il faut procéder à une évaluation pour déterminer leurs besoins particuliers, leur offrir un traitement pouvant répondre à ces besoins et pour gérer le risque qu'ils présenteront lorsqu'ils seront libérés. En outre, il est nécessaire de créer une base de données qui servira à la recherche et à d'autres fins.

On peut diviser les outils d'évaluation de la toxicomanie en quatre grandes catégories : d'abord, les outils de dépistage, dont la principale fonction est de déterminer s'il existe ou non un problème; ensuite, les outils plus détaillés, qui permettent de préciser la nature du problème (p. ex. en évaluant sa gravité); les outils particuliers, qui sont utiles pour établir des objectifs de traitement et de prévention des rechutes, ainsi que pour évaluer, après un traitement, les progrès réalisés; enfin, les outils approfondis, qui permettent d'évaluer non seulement les habitudes et la fréquence de consommation, mais aussi le fonctionnement du répondant dans de nombreux autres domaines. Ces outils d'évaluation approfondis peuvent servir à plusieurs fins, notamment à déceler la présence de divers types de besoins, à déterminer le traitement approprié et à créer une base de données qui sera utile pour la recherche et pour d'autres usages. Le QIMV entre dans cette catégorie.

Au cours de notre examen, nous avons constaté qu'il existe plusieurs outils de dépistage qui peuvent être administrés assez rapidement et qui donnent des résultats satisfaisants, comme l'AUDIT, le CAGE, l'ACI et le MAST. Cependant, la fonction des outils de dépistage est de repérer les personnes qui devraient être soumises à une évaluation plus approfondie. Étant donné que tous les délinquants admis dans un pénitencier fédéral sont évalués au moyen du QIMV, l'utilisation d'un outil de dépistage serait superflu.

Notre examen nous a aussi permis de relever plusieurs outils très efficaces pour évaluer la gravité des problèmes de toxicomanie, dont le LDH, le SADD, le SADQ, le TDEA et le TDAD. L'analyse a montré que le TDEA et le TDAD, qui font partie intégrante du QIMV utilisé par le SCC, sont aussi bons, sinon meilleurs, sur les plans de la fidélité, de la validité et d'autres facteurs, que tous les outils comparables. Par conséquent, nous ne recommandons aucun changement.

Nous avons également constaté qu'il existe d'excellents instruments dans la catégorie des outils approfondis, comme l'ASI, l'AUI, le CDAP et le QIMV. Au moins un d'entre eux, l'ASI - qui en est à sa cinquième édition -, est utilisé sur une grande échelle. Tous les outils de cette catégorie possèdent généralement de bonne propriétés psychométriques. En ce qui concerne le nombre de questions, le QIMV est peut-être le plus complet, et nous n'avons trouvé aucune bonne raison de proposer qu'on le remplace par un autre outil.

En fait, le QIMV permet de dépister le problème, d'évaluer de façon détaillée la nature du problème (au moyen du TDEA et du TDAD), et de déterminer la présence d'autres problèmes dans de nombreux domaines (santé, vie sociale, etc.). On peut aussi s'en servir pour la planification du traitement. Enfin, il permet de constituer une base de données - qui est déjà très étendue - sur les délinquants sous responsabilité fédérale. Ajoutons que la présentation informatisée est ce qui se fait de mieux et est bien acceptée par les délinquants. Le retour d'information qui est fourni immédiatement aux délinquants et les nombreux renseignements qui sont communiqués aux agents de gestion des cas constituent des atouts qui sont propres au QIMV.

L'une des rares faiblesses de cet instrument est qu'il ne permet pas de dépister les déficits neurologiques. Dans l'ASIST-I, on a intégré le *Trails* et le *Digit Symbol Substitution Test* à cet effet, mais le SCC pourrait envisager d'utiliser certains tests neuropsychologiques informatisés qui s'harmoniseraient avec la présentation du QIMV, comme le *Wisconsin Card Sorting Test* (classification catégorielle de cartes). Les toxicomanes, plus particulièrement ceux qui ont un problème d'alcool grave, ont souvent des déficits neurologiques (Miller et Saucedo, 1983) susceptibles de limiter les effets positifs du traitement. Il peut être important de déceler ces

déficits pour déterminer le type de traitement qui conviendra le mieux. Un autre avantage associé au dépistage des déficits neurologiques a été soulevé dans un ouvrage sur le syndrome d'alcoolisme foetal (Boland, 1998; rapport de recherche du SCC). Les individus qui ont ce syndrome, qu'ils soient atteints entièrement ou partiellement, ont une altération neurologique permanente et sont plus à risque d'avoir des démêlés avec la justice. Les Autochtones sont surreprésentés parmi ceux qui ont ce syndrome. Il serait important de repérer ces personnes pour les soumettre à une évaluation plus complète, puisqu'il y a peu de chances qu'elles puissent suivre les traitements offerts par le SCC dans leur forme actuelle.

Quant aux outils qui permettent d'établir des objectifs de traitement, nous avons constaté que plusieurs d'entre eux pourraient être intégrés aux programmes de traitement de la toxicomanie du SCC. Certains d'entre eux, comme l'IDS et l'IDTS - qui évaluent les situations qui sont propices à la surconsommation d'alcool ou de drogues -, et le SCQ et le DTCQ - qui évaluent le sentiment d'auto-efficacité dans ces situations -, sont déjà incorporés dans des programmes du SCC comme le programme CHOIX et le Programme prélibératoire pour toxicomanes (PPT). Cependant, il existe d'autres échelles qui présentent de l'intérêt et possèdent de bonnes propriétés psychométriques. Mentionnons d'abord le NAEQ, qui mesure les conséquences négatives auxquelles s'attendrait le délinquant s'il allait « prendre un verre maintenant ». Les outils qui permettent de déterminer les attentes par rapport à la consommation d'alcool (le DEQ, par exemple) sont également utiles pour établir des objectifs dans les programmes de type cognitivo-comportemental et pour évaluer les progrès réalisés par ceux qui participent au traitement. Le DEQ est accompagné du DRSEQ, qui mesure le sentiment d'auto-efficacité dans diverses situations. Mentionnons aussi l'échelle AASE, qui possède d'excellentes propriétés psychométriques et permet d'évaluer de façon rapide (20 questions) la confiance du répondant dans sa capacité de ne pas consommer d'alcool dans les situations à risque élevé; il devrait être assez facile d'adapter cet outil à la consommation de drogue. Enfin, le TRI, qui porte sur les envies et le besoin maladif de consommer des substances intoxicantes, pourrait être utilisé de concert avec une formation sur le contrôle des envies et une évaluation des effets de la formation, après le traitement. Bien que les programmes comme CHOIX se penchent un peu sur la question des envies, aucune mesure officielle n'est associée à la formation.

De nombreux programmes de traitement de la toxicomanie utilisent déjà certaines versions du modèle des étapes de changement élaboré par Prochaska et Di Clemente pour favoriser la disponibilité au traitement et la motivation. L'échelle SOCRATES et le RTCQ semblent être des outils efficaces à cet égard et pourraient être intégrés à l'évaluation préalable au traitement et à l'évaluation des progrès réalisés durant le traitement.

Notre analyse du domaine de la toxicomanie du Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus utilisé à l'admission a montré que l'évaluation du premier indicateur - « Problème de consommation d'alcool? » « Consommation abusive de drogues? » - laisse une grande place à la subjectivité, tout comme les autres indicateurs de cette catégorie.

Nous recommandons que le SCC adopte l'une des solutions suivantes : 1) qu'il définisse exactement ce qui constitue un problème de consommation d'alcool et une consommation abusive de drogues; 2) qu'il place cette question après tous les autres indicateurs pour que l'agent se fonde sur ces derniers pour répondre à la question; 3) qu'il utilise plutôt le TDEA et le TDAD et d'autres renseignements obtenus au moyen du QIMV - ou qu'il les utilise aussi - pour déterminer si le délinquant a un « problème de consommation d'alcool » ou fait une « consommation abusive de drogues ».

Nous aimerions aussi soulever la question des chevauchements manifestes avec le QIMV dans le domaine de la toxicomanie et dans plusieurs autres domaines. Comme le Système d'identification et d'analyse des besoins des détenus et le QIMV sont administrés au moment de l'admission, nous nous demandons pourquoi les résultats du QIMV, qui sont communiqués à l'agent de gestion des cas, ne pourraient pas remplacer les données obtenues au moyen du SIABD (p. ex. dans le domaine de la toxicomanie). Bien que ces deux instruments aient des fonctions un peu différentes, la double évaluation des délinquants à l'admission semble superflue. Il semble en effet que les résultats du QIMV sont plus complets et plus utiles pour déterminer les besoins et les traitements que les renseignements plus limités et subjectifs fournis par l'autre instrument. Nous admettons que nous sommes plus familiarisés avec le QIMV et que nous connaissons moins bien l'autre instrument et que, par conséquent, nous nous méprenons peut-être sur sa fonction.

Dans les documents qui nous ont été remis, rien n'indique qu'on a évalué les propriétés psychométriques de la version administrée lors de l'admission. Bien que ce travail soit peut-être en cours, nous recommandons que l'on compare les besoins déterminés à l'aide de cet outil, dans le domaine de la toxicomanie, aux résultats du QIMV.

La version de cet instrument qu'on utilise lors de la mise en liberté d'un délinquant dans la collectivité a une fonction évidente; il est nécessaire et pratique de disposer d'un instrument simple et bref. Ainsi, on détermine que le délinquant a un problème d'alcool ou de drogue si sa consommation a des effets nuisibles dans des domaines importants de la vie, bien qu'on ne définisse pas ces effets nuisibles. Nous avons remarqué certaines incohérences : d'abord, on évalue si la consommation d'alcool ou de drogue a des effets nuisibles sur la vie conjugale et la vie familiale, mais pas sur d'autres aspects de la vie sociale. On ne parle pas non plus des effets nuisibles sur la santé mentale et la santé psychologique. Bien sûr, il serait facile d'ajouter ces éléments si on le souhaitait. Nous avons aussi remarqué que la seule question qu'on utilise comme indicateur est très générale et est donc susceptible d'englober les plus nombreux indicateurs utilisés dans la version administrée lors de l'admission. Si cet outil doit servir à surveiller de façon générale les progrès du délinquant après la mise en liberté, nous recommandons de modifier la formulation de la question afin d'y inclure la période visée.

Motiuk et Brown (1993) présentent des données encourageantes sur la détermination des problèmes d'alcool ou de drogue au moyen de la version administrée dans la collectivité. Nous recommandons qu'on effectue une autre étude de validité en comparant ces résultats avec ceux qu'on obtient à l'aide du TDEA et du TDAD. De plus, comme les critères sur lesquels les agents de gestion des cas doivent fonder leur jugement ne sont pas précisés, il serait pertinent de déterminer le coefficient de constance entre les examinateurs, en particulier si l'un des objectifs de l'outil est le classement systématique des besoins des délinquants par les agents de gestion des cas. Enfin, il serait utile de comparer les jugements posés par les agents, à l'admission et à la mise en liberté, à propos des mêmes délinquants.

Voilà donc les principales conclusions de notre examen. Le lecteur trouvera d'autres conclusions secondaires et suggestions d'amélioration dans les diverses sections du rapport.

BIBLIOGRAPHIE

Allen, J. P., & Columbus, M. (Eds.). (1995). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers*. Bethesda, MD: NIAAA.

Allen, J. P., Fertig, J. B., Litten, R. Z., Sillanaukee, P., & Anton, R. F. (1997). «Proposed recommendations for research or biochemical markers for problematic drinking», *Alcohol Clinical and Experimental Research,* vol. 21, p. 244-247.

Allen, J. P., & Kadden, R. M. (1995). «Matching clients to alcohol treatments». Dans R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*, p. 278-291, Boston : Allyn & Bacon.

Andrews, D. A. (1995). «The psychology of criminal conduct and effective correctional treatment». Dans J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending*, p. 35-62, New York : Wiley.

Anglin, M. D. «Alcohol and criminality». Dans E. M. Pattison & E. Kaufman (Eds.). *Encyclopedic handbook of alcoholism*, 1992, p. 383-394, New York : Gardner Press.

Annis, H. M., & Graham, J. M. *The Situational Confidence Questionnaire User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1988.

Annis, H. M., & Graham, J. M. *Inventory of Drug-Taking Situations (IDTSII): User's Guide (Draft)*,Toronto : ARF, 1991.

Annis, H. M., Graham, J. M., & Davis, C. S. *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's Guide*, Toronto : ARF, 1987.

Babor, T. F, dela Fuente, J. R., Saunders, J., & Grant, M. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1992.

Bandura, A. «Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, vol. 84, 1977, p. 191-215.

Beal, C., Weekes, J. R., Millson, W. A., & Eno, J. *Computerized vs. personal interviews for the identification of offender substance abuse problems*. Document présenté à la réunion de l'Association canadienne de psychologie, Toronto, Ontario, 1997.

Blow, F., Young, J., Hill, E., Singer, K., & Beresford, T. *Predictive value of brief alcoholism screening tests in a sample of hospitalized adults*. Fifth annual NIMH international research conference proceedings, Washington, DC : U.S. Government Printing Office, 1991.

Bohm, P. E., & Sharma, N. *Native addiction training project: Introduction and overview*, Toronto : Addiction Research Foundation, mai 1987.

Bradford, J. M., Greenberg, D. M., & Montayne, G. C. «Substance abuse and criminal behavior», *Psychiatric clinics of North America*, vol. 15, 1992, p. 605-622.

Breteler, M. H. M., Van Den Hurk, A. A., Schippers, G. M., & Meerkerk, G. J. (1996). Enrollment in a drug-free detention program: The prediction of successful behavior changes of drug-using inmates. *Addictive Behaviors, 21*, 665-669.

Brown, S. A., Goldman, M. S., Inn, A., & Anderson, L. R. «Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns», *Journal of consulting and Clinical Psychology*, vol. 48, 1980, p. 419-426.

Canale, M. D. *La majorité oubliée : Guide sur les questions de toxicomanie à l'intention des conseillers qui travaillent auprès des femmes*, Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1996.

Carey, K. B., Cocco, K. M., Correia, C. J. «Reliability and validity of the Addiction Severity Index among outpatients with severe mental illness», *Psychological Assessment*, vol. 9, 1997, p. 422-428.

Cherpitel, C. J. «Comparison of screening instruments for alcohol problems between Black and White emergency room patients from two regions of the country», *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 21, 1997, p. 1391-1397.

Collins, J. *Drinking and crime: Perspective on the relationship between alcohol consumption and criminal behaviour*, New York : Tavistock, 1982.

Collins, R. L., & Lapp, W. M. «The Temptation and Restraint Inventory for measuring drinking restraint», *British Journal of Addiction*, vol. 87, 1992, p. 625-633.

Collins, R. L., Lapp,W. M., Emmons, K. M.,& Isaac, L. M. «Endorsement and strength of alcohol expectancies», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 51, 1990, p. 336-342.

Cooney, N. L., Zweben, A., & Fleming, M. F. «Screening for alcohol problems and at-risk drinking in health-care settings». DAns R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives (2nd ed.)*, 1995, p. 45-60). Boston: Allyn and Bacon.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Gavin, D. R., & Sobell, M. B. «Assessing motivation for change: Preliminary development and evaluation of a scale measuring the costs and benefits of changing alcohol and drug use», *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 11, 1997, p. 107-114.

Curry, S., Southwick, L., & Steele, C. M. «Restrained drinking: Risk factor for problems with alcohol. *Addictive Behaviors*, vol. 12, 1987, p. 73-77.

DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Montgomery, R. P. G., & Hughes, S. O. «The Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 55, 1994, p. 141-148.

Edwards, G., & Gross, M. M. «Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome», *British Medical Journal*, vol. 1, 1976, p. 1058-1061.

Erdman, H., Klein, M. H., & Greist, J. H. «The reliability of a computer interview for drug use/abuse information», *Behavior Research Methods and Instrumentation*, vol. 15, 1983, p. 66-68.

Ewing, H. «Care of women and children in the perinatal period«. Dans M. F. Fleming (Ed.), *Addiction disorders: A practical guide to treatment*, 1992, p. 232-248, Chicago : Yearbook Medical Publishers.

Ewing, J., & Rouse, B. A. *Identifying the hidden alcoholic*. Présenté au 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, NSW, Australia, 1970.

Feuerlein, W., Ringer, C., Kofner, H., & Antons, K. «Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test (MALT)», *Mtlnchn Med Wschr*, vol. 119, 1977, p. 1275-1282.

Field, G. «A study of the effects of intensive treatment on reducing the criminal recidivism of addictive offenders», *Federal Probation*, vol. 53, 1989, p. 51-56.

Fleming, M., & Barry, K. «A three-sample test of a masked alcohol screening questionnaire», *Alcohol and Alcoholism*, vol. 26, 1991, p. 81-91.

Flynn, P.M., Hubbard, R. L., Luckey, J. W., Forsyth, B. H., Smith, J. K., Philips, C. D., & Fountain, D. L. «Individual Assessment Profile». Soumis au *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1997.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie. *ASIST (Entrevue structurée d'évaluation de la toxicomanie)*, Toronto, Ontario : auteur, 1984.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie. *Traitement des problèmes liés à l'usage d'alcool et de drogues en Ontario : Guide pour les professionnels aidants*, Toronto : auteur, 1995.

Fondation de la recherche sur la toxicomanie. *Assessment Handbook: A Handbook on Procedures for Addictions Assessment*. Toronto : auteur, 1998.

French, M. T., Zarkin, G. A., Hubbard, R. L., & Rachal, J. V. «The effects of time in drug abuse treatment and employment on posttreatment drug use and criminal activity», *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, vol. 19, 1993, p. 19-33.

Goldstein, P. «The drug/violence nexus: A tripartite conceptual framework», *Journal of Drug Issues*, vol. 15, 1985, p. 493-501.

Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall, & Strang. «The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users», *Addiction*, vol. 90, 1995, p. 607-614.

Grant, B. F. «DSM-IV, DSM-III-R, and ICD-10 alcohol and drug abuse/harmful use and dependence, United States, 1992: A nosological comparison». *Alcsm Clin. Exp. Res.*, vol. 20, 1996, p. 1481-1488.

Grant, B. F., & Hasin, D. S. *The Alcohol use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule.* Rockville, MD : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1992.

Greene, B. T. «An examination of the relationship between crime and substance use in a drug/alcohol treatment population», *International Journal of the Addictions*, vol. 16, 1981, p. 627-645.

Hammersley, R., Forsyth, A., Morrison, V., & Davies, J. B. «The relationship between crime and opioid use. *British Journal of Addiction*, vol. 84, 1989, p. 1029-1043.

Harrell, A. V., Honaker, L. M., & Davis, E. «Cognitive and behavioral dimensions of dysfunction in alcohol and polydrug abusers», *Journal of Substance Abuse*, vol. 3, 1991, p. 415-426.

Harrison, L., & Gfroerer, J. «The intersection of drug use and criminal behavior: Results from the National Household Survey on Drug Abuse», *Crime and Delinquency*, vol. 38, 1992, p. 422-443.

Harrison, P. A., & Hoffman, N. G. *SUDDS: Substance Use Disorder Diagnosis Schedule manual*, Ramsey Clinic, St. Paul, MN, 1989.

Heather, N., Gold, R., & Rollnick, S. *Readiness to Change Questionnaire: User's manual.* Technical Report 15. Kensington, Australia: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, 1991.

Heather, N., Tebbott, J. S., Mattick, R. P., & Zamir, R. «Development of a scale for measuring impaired control over alcohol consumption: A preliminary report», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 54, 1993, p. 700-709.

Heather, N., Stallard,A., & Tebbutt, J. «Importance of substance cues in relapse among heroin users: Comparison of two methods of investigation», *Addictive behaviors*, vol. 16, 1991, p. 41-49.

Hester, R. K., & Miller, W. R. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective Alternatives*, 1995.

Hodgins, D. C., & Lightfoot, L. O. «Types of male alcohol and drug-abusing incarcerated offenders», *British Journal of Addiction*, vol. 83, 1988, p. 1201-1213.

Hodgins, D.C., & Lightfoot, L. O. «The use of the Alcohol Dependence Scale with incarcerated male offenders», *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, vol. 33, 1989, p. 59-67.

Horn, J. L., Wanberg, K. W., & Foster, F. M. *The Alcohol Use Inventory*. Denver, Colorado: Center for Alcohol Abuse Reserach and Evaluation, 1974.

Horn, J. L., Wanberg, K. W., & Foster, F. M. *Guide to the Alcohol Use Inventory,* National Computer Systems, Minneapolis, MN, 1987.

Hubbard, R. L., Bray, R. M., Craddock, M. S., Cavanaugh, E. R., Schlenger, W. E., & Rachal, J. V. «Issues in the assessment of multiple drug use among drug treatment clients». Dans *Research Monograph Series No. 68*, 1986, (DHHS Publication No. AOM 86-1453). Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.

Inciardi, J. A. (Ed.) *Drug treatment and criminal justice*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1993.

Inciardi, J. A. (1995). «The therapeutic community: An effective model for corrections-based drug abuse treatment». Dans K. C. Haas & G. P. Alpert (Eds.), *The dilemma of punishment* , 1995, p. 406-417. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

Inciardi, J. A. *Screening and assessment for alcohol and other drug abuse among adults in the criminal justice system*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 1994.

Institute of Medicine. *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Report of a study by a Committee of the Institute of Medicine, Division of Mental Health and behavioral Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

Kinney, J. *Clinical manual of substance abuse (2nd ed.)*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991.

Kitchens, J. M. «Does this patient have an alcohol problem?», *Journal of the American Medical Association*, vol. 272, 1994, p. 1782-1787.

Lerner, K., Arling, G., & Baird, C. *Client management classification strategies for case supervision*. National Council on Crime and Delinquency, 1986.

Lightfoot, L. O. *A substance abuse pre-release program for offenders: Treatment manual*. Ottawa: Education and Personal Resources, Service correctionnel du Canada, 1993.

Lightfoot, L. O. «Évaluation et traitement de la toxicomanie chez les délinquants : Lignes de conduite pratiques à l'intention des psychologues oeuvrant en milieu correctionnel». Dans T. A. Leis, L. L. Motiuk, & J. R. P. Ogloff (Eds.), *Psychologie médico-légale : Politique et pratiques en milieu correctionnel,* Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada, 1995.

Lightfoot, L. O., & Boland, F. *Choices: A community correctional brief treatment relapse prevention and maintenance program*. Kingston, Ontario, Service correctionnel du Canada, 1993.

Lightfoot, L. O., & Hodgins, D. «A survey of alcohol and drug problems in incarcerated offenders», *International Journal of the Addictions*, vol. 23, 1988, p. 687-706.

Lightfoot, L. O., & Lambert, L. *Substance abuse treatment needs of federally sentenced women.* Technical Report No. 1 and 2, Kingston, Ontario, Service correctionnel du Canada, 1991.

Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., & Peleg, M. «An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment», *British Journal of Addiction*, vol. 78, 1983, p. 269-276.

Magruder-Habib, K., Harris, K. G., & Fraker, G. G. «Validation of the Veterans Alcoholism Screening Test», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 43, 1982, p. 910-926.

Manson, M. P., & Huba, G. J. *The Manson Evaluation Manual.* Los Angeles, CA, Western Psychological Services, 1987.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. *Relapse prevention*, New York: Guilford, 1985.

McConnaughy, E. A., Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. «Stage of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles», *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, vol. 20, 1983, p. 369-375.

McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., & Peters, R. «The fifth edition of the Addiction Severity Index», *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9, 1992, p. 199-213.

McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., Barr, H. L., & Evans, F. «Alcohol and drug abuse treatment in three different populations: Is there improvement and is it predictable?», *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, vol. 12, 1986, p. 101-120.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. «An improved diagnostic instrument for substance aubse patients: The Addiction Severity Index», *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 168, 1980, p. 26-33.

McMahon, J., & Jones, B. T. «The Negative Alcohol Expectancy Questionnaire», *Journal of Association of Nurses in Substanece Abuse*, vol. 12, 1993, p. 17.

McMurran, M, & Hollin, C. R. «The Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: Norms and reliability data for male young offenders», *British Journal of Addiction*, vol. 84, 1989, p. 315-318.

McMurran, M., Hollin, C. R., & Bowen, A. «Consistency of alcohol self-report measures in a male young offender population», *British Journal of Addiction*, vol. 85, 1990, p. 205-208.

Mee-Lee, D., Hoffman, N. G., & Smith, M. B. *The Recovery Attitude And Treatment Evaluator Manual.* St. Paul, Minnesota: New Standards Inc., 1992.

Miller, B., & Welte, J. «Comparisons of incarcerated offenders according to use of alcohol and/or drugs prior to offense», *Criminal Justice and Behavior*, vol. 13, 1986, p. 366-392.

Miller, G. A. *The Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI): Manual*. Bloomington, IN: Spencer Evening World, 1985.

Miller, W. R. (1986). «Matching individuals with interventions». Dans R. K. Hester and W. R. Miller (Eds.). *Handbook of alcoholism treatment approaches*, 1986, p. 261-271. New York: Pergamon.

Miller, W. R., & Hester, R. K. «Inpatient alcoholism treatment», *American Psychologist*, vol. 41, 1986, p. 794-805.

Miller, W. R., & Marlatt, G. A. *Manual for the comprehensive Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1984.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, New York: Guilford Press, 1991.

Miller, W. R., & Saucedo, C. F. «Assessment of neuropsychological impairment and brain damage in problem drinkers». Dans C. J. Golden, J. A. Moses, Jr., J. A. Coffman, W. R. Miller, & F. D. Strider (Eds.), *Clinical neuropsychology: Interface with neurologic and psychiatric disorders*, 1983, p. 141-195, New York: Grune & Stratton.

Miller, W. R.,Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. *DrInC: An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse. Test Manual*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1994.

Miller, W. R., & Tonigan, J. S. «Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)», *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 10, 1996, p. 81-89.

Miller, W. R., Westerberg, V. S., & Waldron, H. B. «Evaluating alcohol problems in adults and adolescents». Dans R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives (2nd ed.)*, 1995, p. 61-88.

Millson, W. A., Weekes, J. R., & Lightfoot, L. O. *Le Programme prélibératoire pour toxicomanes : Analyse des résultats intermédiaires et postlibératoires*, Rapport R-40, 1995, Ottawa, Ontario, Service correctionnel du Canada.

Motiuk, L. L. *Identifying and assessing needs of offenders under community supervision: The conditional release supervision standards project*. Communication présentée au Premier forum annuel sur la recherche dans le domaine correctionnel, Ottawa, 1989.

Motiuk, L. L., & Brown, S. L. *La validité du processus de détermination et d'analyse des besoins des délinquants dans la collectivité*, Rapport R-34, 1993, Ottawa, Service correctionnel du Canada.

Motiuk, L. L., & Porporino, F. J. *Évaluation combinée des besoins et du risque chez les détenus : Étude de mises en liberté sous condition*, Rapport R-01, 1989, Ottawa, Service correctionnel du Canada.

National Institute of Corrections. *Intervening with substance-abusing offenders: A framework for action.* Washington, D.D.: US Department of Justice, 1991.

Nurco, D. N., Hanlon, T. E., & Kinlock, T. W. «Recent research on the relationship between illicit drug use and crime», *Behavioral Sciences and the Law*, vol. 9, 1991, p. 221-242.

Ogborne, A. C. *Ontario drug abuse treatment outcome study: Client profile.* London, Ontario, ARF, 1991.

Parsons, K. J., Wallbrwon, F. H., & Myers, R. W. «Michigan Alcoholism Screening Test: Evidence supporting general as well as specific factors», *Educational and Psychological Measurement*, vol. 54, 1994, p. 530-536.

Polich, J. M., Armor, D. J., & Braiker, H. B. *The course of alcoholism: Four years after treatment*, New York: John Wiley & Sons, 1981.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C.. «In search of how people change: Applications to the addictive behaviors», *American Psychologist*, vol. 47, 1992, p. 1102-1114.

Project MATCH Research Group. «Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 58, 1997, p. 7-29.

Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, R. «Development of a questionnaire to measure alcohol dependence», *British Journal of Addiction*, vol. 78, 1983, p. 89-95.

Ridley, T. D., & Kordinak, S. T. «Reliability and validity of the Quantitative Inventory of Alcohol disorders (QIAD) and the veracity of self-report of alcoholics», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 14, 1988, p. 263-292.

Risser, D., Bonsch, A., & Schneider, B. «Does drug abuse lead to criminal behavior? An analysis based on criminal registers of 117 drug-related deaths, examined in 1992 at the Institute of Forensic Medicine in Vienna, Austria», *Journal of Forensic Sciences*, vol. 40, 1995, p. 378-381.

Robbins, L., Cottler, L., & Keating, S. *The NIMH diagnostic interview schedule. Version III. reviseed (DIS-III-R)*, Rockville, MD: National Institute on Mental Health, 1989.

Robinson, D., Fabiano, E., Porporino, F. P., Millson, W. A., & Graves, G. *Guide sur le répertoire du Questionnaire informatisé sur le mode de vie des toxicomanes (2e éd.).* Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1993.

Robinson, D., & Millson, W. A. *Comparison of computerized interview and file information in the identification of offender substance abuse problems*, manuscrit inédit, Service correctionnel du Canada, 1991.

Robinson, D., Porporino, F., & Millson, B. *Profils de consommation de drogues et d'alcool chez les détenus sous responsabilité fédérale : Évaluation faite à l'aide du Questionnaire informatisé sur le mode de vie.* Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1991.

Rogalski, C. J. «Factor structure of the Addiction Severity Index in an inpatient detoxification sample», *International Journal of the Addictions*, vol. 22, 1987, p. 981-992.

Rohsenow, D. J. «Drinking habits and expectancies about alcohol's effect for self versus others», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 51, 1983,p. 752-756.

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. «Development of a short Readiness to Change Questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers», *British Journal of Addiction*, vol. 87, 1992, p. 743-754.

Ross, H. E., Gavin, D. R., & Skinner, H. A. «Diagnostic validity of the MAST and the Alcohol Dependence Scale in the assessment of DSM-III alcohol disorders», *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 51, 1990, p. 506-513.

Ruderman, A. J., & McKirnan, D. J. «The development of a restrained drinking scale: A test of the abstinence violation effect among alcohol users», *Addictive Behaviors*, vol. 9, 1984, p. 365-371.

Russell, M. «New assessment tools for drinking in pregnancy: T-ACE, TWEAK, and others», *Alcohol Health and Research World*, 1994.

Saltstone, R., Halliwell, S., & Hayslip, M. A. «A multivariate evaluation of the Michigan Alcoholism Screening Test and the Drug Abuse Screening Test in a female offender population», *Addictive Behaviors*, vol. 19, 1994, p. 455-462.

Selzer, M. L. «The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument», *American Journal of Psychiatry*, vol. 127, 1971, p. 1653-1658.

Simpson, D. D. *Drug Abuse Treatment for AIDS-Risk Reduction (DATAR): Forms Manul*. Fort Worth, Texas: Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, 1990.

Skinner, H. A. *Lifetime drinking history (Manual)*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1979.

Skinner, H. A. «The Drug Abuse Screening Test», *Addictive Behaviors*, vol. 7, 1982, p. 363-371.

Skinner, H. A., & Allen, B. A. «Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation», *Journal of Abnormal Psychology*,vol. 91, 1982, p. 199-209.

Skinner, H. A., Allen, B., McIntosh, M. C ., & Palmer, W. H. «Lifestyle assessment: Applying microcomputer family practice», *British Medical Journal*, vol. 290, 1985, p. 212-216.

Skinner, H. A., Holt, S., Sheu, W. J., & Israel, Y. Clinical versus laboratory detection of alcohol abuse: The Alcohol Clinical Index«, *British Medical Journal*, vol. 292, 1986, p. 1703-1708.

Skinner, H. A., Holt, S., Sheu, W. J., Roy, J. & Israel, Y. «Identification of alcohol abuse using laboratory tests and a history of trauma», *Annals of Internal Medicine*, vol. 101, 1984, p. 847-851.

Skinner, H. A., & Horn, J. L. *Alcohol Dependence Scale (TDEA): User's Guide*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1984.

Smith, S., & Newman, J. P. «Alcohol and drug abuse-dependence disorders in psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders», *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 99, 1990, p. 430-439.

Sobell, L. C., Maisto, S. A., Sobell, M. B., & Cooper, A. M. «Reliability of alcohol abusers' self-reports of drinking behavior», *Behavioral Research and Therapy*, vol. 17, 1979, p. 157-160.

Sobell, L. C., Toneatto, T., & Sobell, M. B. «Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: Current status with an emphasis on clinical applications», *Behavior Therapy*, vol. 25, 1994, p. 533-80.

Sokol, R. J., Martier, S. S., & Ager, J. W. «The T-ACE Questions: Practical prenatal detection of risk drinking», *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 60, 1989, p. 863-870.

Speckart, G., & Anglin, M. D. «Narcotics use and crime: An overview of recent research advances», *Contemporary Drug Problems*, vol. 13, 1986, p. 741-769.

Spitzer, R., & Williams, J. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Biometrics Research Department. New York: New York State Psychiatric Institute, 1987.

Stockwell,T. R., Hodgson, R. J., Edwards,G., Taylor, C., & Rankin, H. «The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence», *British Journal of Addiction*, vol. 74, 1979, p. 79-87.

Stockwell, T. R., Murphy, D., & Hodgson, R. J. «The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its use, reliability, and validity», *British Journal of Addiction*, vol. 78, 1983, p. 145-155.

Sutherland, G., Edwards, G., Taylor, C., Phillips, G., Gossop, M., & Brady, R. «The measurement of opiate dependence», *British Journal of Addiction*, vol. 81, 1986, p. 1483-1489.

Swenson, W. M., & Morse, R. M. «The use of a self-administered alcoholism screening test (SAAST) in a medical center», *Mayo Clinic Proc*, vol. 50, 1975, p. 204-208.

Swett, C. Jr. «Use of the Michigan Alcoholism Screening test in a prison hospital», *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, vol. 10, 1984, p. 563-569.

Tarter, R. E., & Hegedus, A. M. «Drug Use Screening Inventory: Its applications in the evaluation and treatment of alcohol and other drug abuse», *Alcohol and Health Research World*, vol. 15, 1991, p. 65-75.

Vanderburg, S. A., Weekes, J. R., & Millson, W. A. *Évaluation de la toxicomanie chez les détenus autochtones : Le Questionnaire informatisé sur le mode de vie*. Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1994.

Vigdal, G. L., & Stadler, D. W. «Comprehensive system development in corrections for drug-abusing offenders: The Wisconsin Department of Corrections», *NIDA Research Monograph*, vol. 188, 1992, p. 126-141.

Vigdal, G. L., Stadler, D. W., Goodrich, D. D., & Sutton, D. J. «Skills training a program for problem drinking offenders: A one year followup evaluation», *Journal of Offender Counselling and Rehabilitation*, vol. 5, 1980, p. 61-73.

Walfish, S., & Blount, W. R. «Alcohol and crime: Issues and directions for future research. Special Issue: Alcohol and the criminal justice system», *Criminal Justice and Behavior*, vol. 16, 1989, p. 370-386.

Walters, G. D. (1994). Discriminating between high and low volume substance abusers by means of the Drug Lifestyle Screening Interview. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 20*, 19-33.

Walters, G. D. «Predictive validity of the Drug Lifestyle Screening Interview: A two-year follow-up», *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, vol. 21,1995, p. 187-194.

Wechsler, H., Davenport, A., Bowdall, G., Moejkens, B., & Castello, S. «Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses», *Journal of American Medical Association*, vol. 272, 1994, p. 1672-1677.

Weekes, J. R., Fabiano, E., Porporino, F. J., Robinson, D., & Millson, W. A. *Assessment of substance abuse in offenders: The Computerized Lifestyle Assessment Inventory*. Communication présentée au congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, Montréal (Québec), 1993.

Weekes, J. R., Millson, W. A., Eno, J., & Graves, G. *Creating an informed eclecticism: Effective substance abuse programming for offenders*. Communication présentée à la réunion de l'Association canadienne de justice pénale, Québec (Québec), 1993.

Weekes, J. R., Moser, A. E., & Langevin, C. M. *Assessing substance abuse offenders for treatment*. Atelier lors de la réuniopn du International Community Corrections Association, Cleveland, Ohio, 1997.

Weekes, J. R., Morison, S. J., Millson, W. A., & Fettig, D. M. «A comparison of Native, Metis, and Caucasian offender profiles on the MCMI», *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 27, 1995, p. 187-198.

Weekes, J. R., Vanderburg, S. A., & Millson, W. A. *Étude comparative des versions française et anglaise du Questionnaire informatisé sur le mode de vie*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1995.

Wexler, H. K., Falkin, G. P., & Lipton, D. S. «Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment», *Criminal Justice and Behavior*, vol. 17, 1990, p. 71-92.

Wilkinson, D. A., Leigh, G. M., Cordingley, J., Martin, G. W., & Lei, H. «Dimensions of multiple drug use and typology of drug users», *British Journal of Addiction*, vol. 82,1987, p. 259-273.

Wish, E. D. «Identifying drug abusing criminals», *National Institute on Drug Abuse Research - Monograph Series*, vol.86 , 1988, p. 139-159.

Young, R. M., & Knight, R. G. «The Drinking Expectancy Questionnaire: A revised measure of alcohol rela beliefs», *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 11, 1989, p. 99-112.

ANNEXE A

Le domaine de la toxicomanie du Système d'identification et d'analyse des besoins

Composante principale	Sous-composante	Indicateurs
Abus d'alcool	Habitudes	Problème de consommation d'alcool? A commencé à boire très jeune? Boit régulièrement? Consommation abusive à l'occasion? A consommé de l'alcool et des drogues ensemble?
	Situations	Consommation abusive durant les loisirs? Consommation abusive lors d'activités sociales? Boit pour se libérer du stress?
	Perturbation	Le fait de boire nuit à l'emploi? Boire nuit aux relations conjugales ou familiales? Boire nuit aux relations sociales? Le fait de boire a-t-il conduit à des infractions de la loi? Boire nuit à la santé?
Abus de drogues	Habitudes	Consommation abusive de drogues (solvant, médicaments, etc.)? A commencé à consommer des drogues très jeune? Consomme des drogues régulièrement? Consommation de drogues de façon excessive à l'occasion? A consommé différentes drogues en même temps?
	Situations	Consommation abusive durant les loisirs? Consommation de drogues en société? Consomme des drogues pour se libérer du stress?
	Perturbation	La consommation de drogues nuit à l'emploi? Consommation de drogues nuit aux relations conjugales/familiales? Consommation de drogues nuit à la vie sociale?

Composante principale	Sous-composante	Indicateurs
Interventions	Antécédents	Consommer de la drogue conduit à enfreindre la loi? La consommation de drogues nuit à la santé? Évaluation(s) antérieure(s) de toxicomanie? A participé à des programmes de traitement de la toxicomanie? A mené à terme un traitement pour toxicomanes?
Messages d'assistance	Le délinquant boit à l'excès.	Problème de consommation d'alcool?
	La consommation d'alcool fait partie du mode de vie du délinquant	Boit réglièrement?
	Consomme des doses excessives de médicaments prescrits ou consomme des drogues illicites	Consommation abusive de drogues?
	La consommation de drogues fait partie du mode de vie du délinquant	Consomme des drogues régulièrement?

Extrait de l'Annexe R - principales modifications incluses dans la version - Vol. 1 N° 1 du Guide de la gestion des cas.

ANNEXE B

Identification et analyse des besoins des détenus Catégorie : **Toxicomanie**

Indicateurs	Si oui, des inverventions ont-elles été effectuées?*
1. Les antécédents du délinquant laissent-ils supposer que sa consommation d'alcool peut avoir des effets nuisibles sur les plans conjugal, professionnel, juridique, physique ou financier? Oui Non Ne sais pas	Oui Non Ne sais pas
2. Les antécédents du délinquant laissent-ils supposer que sa consommation de drogue peut avoir des effets nuisibles sur les plans conjugal, professionnel, juridique, physique ou financier? Oui Non Ne sais pas	Oui Non Ne sais pas

*Remarque : Même si on a déjà effectué des interventions en établissement ou dans la collectivité, cela ne signifie pas forcément qu'aucune intervention n'est nécessaire.

Observations et impressions

Facteur considéré comme un atout pour l'adaptation	Aucun besoin immédiat d'amélioration	Besoin modéré d'amélioration	Besoin considérable d'amélioration
	? Aucun antécédent et aucun problème en ce moment	? Antécédents ou consommation actuelle d'alcool ou de drogue causant des problèmes moyens d'adaptation	? Antécédents qui indiquent une consommation fréquente et incontrôlée causant de graves problèmes d'adaptation

Identification et analyse des besoins des détenus

Catégorie : **Toxicomanie**

Interventions nécessaires

(Si aucune intervention n'est nécessaire, passez à la catégorie de besoins suivante.)

	Incapable d'évaluer	**Faible besoin**	**Besoin moyen**	**Besoin élevé**
Traitement intensif en établissement	?	?	?	?
Traitement en consultation externe	?	?	?	?
Entretien et suivi	?	?	?	?
Counseling en matière de santé (VIH, hépatite, éducation sur les drogues)	?	?	?	?

Autre/commentaires :

_____

_____

Niveau de motivation du délinquant face aux interventions

? faible (refus de collaborer)

? moyen (disposé à collaborer si l'agent de gestion des cas l'exige)

? élevé (motivation personnelle)

La CNLC a-t-elle imposé une condition spéciale qui pourrait faciliter les interventions précisées ci-dessus?